


UNIVERSITY OF IOWA
3 1858 045 306 101

NORDISKT

MEDICINSKT ARKIV

UNDER MEDVERKAN

AF

Prof. Dr G. ASP, Arkiater, Dr O. HJELT, Prof. Dr E. A. HOMÉN, Prof. Dr J. W. RUNEBERG, Generaldirektör Dr FR. SALTZMAN, i Helsingfors. — Prof. Dr G. A. GULDBERG, Prof. Dr H. HEIBERG, Dr A. HOLST, Prof. Dr S. B. LAACHE, Prof. Dr J. NICOLAYSEN, i Kristiania. — Prof. Dr I. H. CHIEWITZ, Kredsläge E. M. HOFF, Prof. Dr C. REISZ, Prof. Dr F. TRIER, Dr OSKAR BLOCH, Prof. Dr T. HOWITZ, Dr L. MEYER, i København. — Prof. Dr C. ASK, Prof. Dr V. ODENIUS, Prof. Dr S. RIBBING, i Lund. — Prof. Dr J. BERG, Prof. Dr R. BRUZELIUS, Prof. Dr J. G. EDGREN, Prof. Dr grefve K. A. H. MÖRNER Prof. Dr C. ROSSANDER, Prof. Dr E. ÖDMANSSON i Stockholm. — Prof. Dr S. HENSCHEN, Prof. Dr FR. HOLMGREN, Prof. Dr K. LENNANDER i Upsala.

REDIGERADT OCH UTGIFVET

AF

PROF. DR AXEL KEY,

I STOCKHOLM.

TJUGOÅTTONDE BANDET.

MED 18 TAFLOR, 13 AUTOTYPIER, ZINKOTYPIER OCH TRÄSNITT SAMT 20 GRAFISKA TABELLER.

NY FÖLJD. 1896. BAND VI.

STOCKHOLM
P. A. NORSTEDT & SÖNER.

HELSINGFORS — G. W. EDLUNDS BOKHANDEL.
KRISTIANIA — J. W. CAPPELEN.
KÖBENHAVN — H. HAGERUP

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

INNEHÅLL.

Förteckning öfver referaten.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi:

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

Kirurgi och oftalmiatrik:

Pediatrik:

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi:

— Opförelsen af en ny Hospitalsbygning på Frederiksberg. — P. S. LANDELIUS: Hälsovårdsanordningar i ett mindre samhälle. — CHR. JÜRGENSEN: Det hygiejniske Bageri. — A. ULRIK: Kritisk Anmäldelse af fornävnte Arbejde. — CHR. JÜRGENSEN: Bemärkninger i Anleduing af Kredsläge ULRIKS Anmäldelse. — I. C. GERNER: Skrofulöse Börns Ophold i Snogebæk i Året 1895. — Sanatorier for brystsyge. — POUL HEIBERG: Er Difteriens Intensitet i Köbenhavn under konstante »ydre Forhold» konstant eller varierende? — JUL. PETERSEN: Variolation og Vakcination. — M. SIMON: Förslaget till nytt vakcinationsreglemente. — FABIAN ROSSANDER: Till vakcinations- och immunitetsfrågan. — K. LINROTH: Om våra offentliga skyddsåtgärder mot kolera.

E. M. HOFF: Den civile Medicinallovgivning i 1894. — E. M. HOFF: Det kgl. Sundhedskollegiums Forhandlinger i 1894. — Dansk Sundhedstidende. — JUL. LEHMANN: Sundhedsvedtägterne i 1895. — *Red.*: Om Besättelsen af Overlägeembeder ved Kommunens Hospitaler. — J. HOLM og *Red.*: Den ny Hospitalsbygning på Frederiksberg. — HOLSTEIN: Den ny Hospitalsbygning på Fredekrisberg. — T. M. TRAUTNER: Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor Köbenhavn. — J. CARLSEN: Dödsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer i 1874. — ENGELSTED: Om Samfundets Beskyttelse mod Prostitution og veneriske Sygdomme. — RINGBERG: Studier over parotitis epidemica's Opträden i Danmark. — SCHLOTFELDT: Tuberkulosespörgsmålet. — SÖREN-HANSEN: Om Lungesvindsotens Dödelighed i Köbenhavn. — K. F. ANDVORD: Studier over Tuberkulosens Forekomst i Norge. N:r 15 ss. 25—29.

H. RÖRDAM: Professor PONTOPPIDAN på Finansloven. — WINDE: Tysk Ugenerthed. — Dr. Y.: Om Indiskretion på Apoteker. — AXEL HERTEL: Om Sundhedsforholdene i de höjere Skoler i Norge og et sagkyndigt Tilsyn med Skolerne. — Födehjemmet. — SÖREN HANSEN: Aborterne og Anmäldelsespligten. — N. P. SCHIERBECK: Om Formaldehyds Anvendelse til Desinfektion. — KARSTEN: Om Vandklosetters Indförelse i Köbenhavn. — GIERSING: Dr. S. ENGELSTED og den lovhjemlede Prostitution. — ENGELSTED, Replik. — E. EHLERS: Bidrag til Diskussionen af Prostitutionsspörgsmålet. — K. C.: Sukkersygens geografiske Udbredelse. » 20 » 18—20.

FRANÇIS HARBITZ: Et Tilfälde af tetanus fra retsmedicinsk Standpunkt. — EDM. H. GRUT: Om Konkurrence. — TH. R.: Om Konkurrence. — EDM. H. GRUT: Svar til Hr. Dr. TH. ROVSING i Konkurrencespörgsmålet. — EDM. H. GRUT: De to sidste Professorbesättelser i det medicinske Fakultet. — *Medlem af medicinsk Forening:* Åbent Brev til Fakultetet. — ÖRUM: Lägernes Fordeling i Köbenhavn. — ERIK HOLST: Meddelelser om Ringköbing Amts Fonds Udgifter til Sygebehandling og Sygehuse i Årene 1885—94. — —s, G. BORCH, FALBE HANSEN: Livsforsikring uden Helbredsattest. — C. WALLIS: Läkarekonstens ställning till skolhygienen. — E. ALMQUIST: Lärobok i skolhygien för seminarier, skolråd, lärare m. fl. — AXEL ULRIK: Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne. — AXEL ULRIK: Skolehygiejnen og Fällesskolen. — Svenska läkaresällskapets fest till hundraårsminnet af vakcinationens upptäckt af JENNER. — JUL. PETERSEN: Kopper og Koppeindpodning. — E. W. DAHLGREN: Förteckning öfver svenska skrifter angående smittkoppor, inokulation och vakcination. — M. SIMON: Förslaget till nytt vakcinationsreglemente. — BONDESEN: Meddelelser fra den kongel. Vakcinationsanstalt. — H. THEORELL: » 25 » 21—26.

Alfabetisk innehållsförteckning.

(Arkivets originaluppsatser äro betecknade med en asterisk.)

Om den infantila paralysien, med särskild hänsyn till dess akuta stadium.

Af

Prof. Dr. O. MEDIN
i Stockholm.

Med 7 autotypier.

Öfversikt af innehållet.

Inledning och historik.

Nästan hvarje läkare har väl sett ett eller annat fall af orubbligt kvarstående förlamning, som hastigt uppkommit i den tidiga barndomen, och som kännetecknas icke blott af den slappa förlamningen utan äfven af den höggradiga atrofien i muskulaturen, af kyla och cyanos i huden, genom frånvaron af senreflexer och misställningar på extremiteter, klumpfot t. ex., och i hvilka fall af förlamning retbarheten för den faradiska strömmen alldeles utslocknat. Förlamningen kan hafva träffat

olika muskler eller olika muskelgrupper i olika fall. Oftast är det i de undre extremiteterna, som vi finna den, men icke häller armarna, ja ej ens bålens muskler, skonas. Fall af förlamning och atrofi i deltoideus och i öfverarmens muskler, som erbjuda de ofvan uppräknade kännetecknen, äro af samma slag. Hvilka muskler som hälst må vara förlamade, uppkomstsättet och kardinalsymptomen äro alltid de samma. Det kan icke råda något tvifvel om samhörigheten af dessa förlamningsfall, hvad sjukdomsbegreppet beträffar, och den, som en gång för sig klargjort den kliniska bilden, kan ej taga miste på denna åkomma, hvar han än möter henne. Detta kan man på goda grunder säga för det närvarande, då kunskapen om nervsjukdomarna står så högt och genom våra dagars kliniska undervisning blifvit jämförelsevis lätt tillgänglig. Också kan nevrologen nu för tiden med några ord göra klart för oss, att orsaken till den åkomma, hvars bild jag ofvan skizzerat, är att söka i sjukliga förändringar, som träffat gangliecellerna i de främre grå ryggmärgshornen. Det är icke så särdeles länge, som alt detta varit så enkelt och klart. En blick på historien om den infantila paralysien vittnar härom. Låtom oss helt hastigt ögna på några af hennes äldsta blad och på några af de viktigaste. Literaturen är visserligen tämligen lätt tillgänglig och erbjuder icke så litet af intresse, men det skulle gagna till intet att vara vidlyftig, och jag vill undvika detta, i synnerhet som min afsikt ingalunda är att skrifva någon monografi öfver den infantila paralysien utan att redogöra för egna rön och de nya synpunkter, från hvilka sjukdomen kan betraktas.

Det är visserligen brukligt att börja historien med en engelsk läkare UNDERWOOD, *Treatise on the diseases of children*, London 1784, men jag har ej lyckats få se denna bok. Däremot har jag i min hand den fjärde upplagan af UNDERWOODS arbete utkommen 1799, och i denna finnes ett kapitel om paralysi eller palsy, hvarur framgår, att U. iakttagit fall af förlamning hos barn. Beskrifningen är ytterst knapphändig, och man kan ej förstå, om han syftar på något särskildt slag af förlamning, ännu mindre om han afsett verklig infantil paralysi. Något om förlamningar hos barn lär ock nämnas af en annan engelsman SCHAW uti en afhandling med titel *Nature and treatment of the distorsions* o. s. v., 1822, men detta arbete har jag ej sett. Säkert synes vara, att dessa iakttagelser af UNDERWOOD och SCHAW ej tilldrogo sig någon uppmärksamhet.

En tredje engelsk läkare, BADHAM, blef lyckligare i detta hänseende. Uti *London medical journal 1836* beskrifver han fyra fall, i hvilka man mycket väl känner igen infantila paralysien och han säger efteråt: »Hvad är orsaken till denna förlamning? Hvari består den? Hvad är att göra däremot?» Han uppmanar läkare i alla länder att meddela sina åsikter och sin erfarenhet härom. Det var denna BADHAMs uppsats, som föranledde den framstående ortopeden JACOB HEINE i Canstatt att egna sin särskilda uppmärksamhet åt detta slag af förlamningar, och det blef först af honom, som den medicinska vetenskapen riktades med en epokgörande afhandling med titel, *Beobachtungen über Lähmungszustände der unteren Extremitäten und deren Behandlung*, Stuttgart 1840. Det är således icke förr än detta år, som vi kunna säga, att den infantila paralysien verkligen var känd såsom en särskild och egendomlig åkomma. HEINE hade redan 1840 samlat en stor erfarenhet, han redogör för 28 fall af typisk infantil paralysi, af hvilka 27 intresserade de nedre extremiteterna och endast ett en af de öfre, vänstra armen. Äfven detta sista, ehuru enastående, räknar H. med rätta till samma slag af förlamningar. HEINE klargör redan nu åtskilliga af hufvuddragen i den kliniska bilden, såsom förlamningens uppkomst i tidiga barndomen ur ett akut stadium, den slappa förlamningen, atrofien och kylan i extremiteten och i synnerhet deformiteterna, hvilka särskildt intresserade honom såsom ortoped. Något fall i det akuta stadiet hade H. aldrig observerat. HEINE uttalar ock som sin åsikt, att den egentliga sjukdomsprocessen har sitt säte i ryggmärgen, och han anför till stöd härför dels symptombilden, dels de iakttagelser, som andra (OLLIVIER, HUTIN) hade gjort vid liköppningar. HEINE fäster mera afseende vid vätskeansamlingen i ryggmärgskanalen än vid den atrofi af själfva ryggmärgen, som man hade konstaterat i ländansvällningen (HUTIN). I Frankrike äro RILLIET och BARTHEZ de första som nämna något om denna sjukdom. De skildra den mycket knapphändigt i 1843 års upplaga af sin *Traité des maladies des enfants* med ledning af engelska uppgifter (BADHAM, KENNEDY (Dublin medical press 1841) samt på grund af en egen rätt bristfällig observation af ett fall, som gick till döden genom pnevmoni ett par månader efter förlamningens uppträdande. De sågo ingenting abnormt i ryggmärgen vid obduktionen af detta barn; de kalla sjukdomen *paralysie essentielle de l'enfance* och tro, att det icke finnes någon anatomisk

lesion på nervsystemet vid denna åkomma. I en uppsats uti *Gazette médicale* 1851 vidhåller RILLIET både namnet och åsikten om sjukdomens essentiela natur. RILLIET kände dock HEINES afhandling och hade tydligen studerat den; han hade ock att tillgå engelska erfarenheter (KENNEDY, WEST m. fl.) samt hade samlat egen sådan. Hans beskrifning på sjukdomen är utförlig, om icke fullt så naturtrogen som HEINES var. I sin uppfattning af sjukdomens natur såsom essentiel och utan förändringar i ryggmärgen ställer han sig på en lägre ståndpunkt, än den HEINE intagit redan 1840. RILLIETS uppsats ingick sedermera såsom ett kapitel om paralysien, eller närmare definierad såsom paralysie essentielle, uti RILLIET och BARTHEZ' handbok af år 1853 och stiftade genom författarnes erkända auktoritet i vida kretsar mycken oreda i uppfattningen af sjukdomens natur och patologiska anatomi. Ännu i slutet af 1870-talet hörde jag den infantila paralysien demonstreras på vår pediatriska klinik såsom essentiel pares i RILLIETS anda. År 1855 utkom af DUCHENNE (*de Boulogne*) det klassiska arbetet *L'Électrisation localisée* och uti detta egnar han i sjunde kapitlet af arbetets fjärde del en utförlig artikel åt den infantila paralysien, som han kallar *paralysie atrophique graisseuse de l'enfance.*[1]) DUCHENNE tecknade sjukdomsbilden i det atrofiska stadiet med skärpa, tydligt framhållande dess kardinala tecken, så att föga har varit att tillägga sedan dess. Han visade den stora betydelsen af den faradiska strömmens användning för såväl diagnosen som äfven för prognosen, då det i ett tidigare stadium gäller att skilja de muskler, som snart förlora sin faradiska elektromuskulära kontraktilitet, och som alltid skola blifva förlamade, från dem, som åter bevarat denna egenskap, och som kunna återfå sin funktionsförmåga. DUCHENNE lägger mycken vikt på den stora upptäckt han gjorde, att då dessa atrofiska förlamade muskler upphört att svara på den faradiska retningen, de cerebrala paralysierna alltid däremot fortfara att göra så. Af analogien mellan symptomen, förloppet och slutresultatet vid den infantila paralysien och dem vid paralysier i följd af en känd, t. ex. travmatisk, lesion på ryggmärgen, drog DUCHENNE den slutsatsen, att den förra formen af paralysi måste hänföras till någon sjukdom i ryggmärgen, »den må nu vara märkbar eller icke vid nekroskopien.» DUCHENNE

---

[1]) Äfven offentliggjord i Gazette hebdomadaire 1855.

hade aldrig sett något fall i det akuta stadiet, det tidigaste en månad efter insjuknandet, och hade ej varit i tillfälle att göra någon postmortal autopsi.

I den nya upplagan af sitt arbete, som JACOB VON HEINE utgaf 1860, under titeln *Spinale Kinderlähmung*, kan han räkna med en statistik på 158 fall af infantil paralysi och lemnar en liflig och i sina många olika faser mycket naturtrogen beskrifning på det atrofiska stadiet. Icke håller vid denna tid synes något akut fall hafva kommit till HEINES observation, och han kunde icke håller nu med något patologisk anatomiskt faktum bevisa åkommans spinala ursprung. Utom den vikt han lägger vid temperaturnedsättningen i den lama extremiteten, kan jag icke finna något nytt af större intresse i HEINES andra arbete, utöfver hvad DUCHENNE redan hade lärt oss.

Viktiga kliniska rön, som funnit sin fulla tillämpning på den spinala infantila paralysien, äro ERBS lära om degenerationsreaktionen för den galvaniska strömmen samt ERBS och WESTPHALS upptäckt af knäfenomenet och den vid vissa ryggmärgssjukdomar upphäfda patellarsenreflexen. För öfrigt hafva de tillägg, som blifvit gjorda på de sista 35—40 åren, gällt mindre väsentliga detaljer. Den kliniska bilden hade HEINE och DUCHENNE (de Boulogne) fullbordat.[1])

Dessa utmärkta forskare, som så grundligt lärde oss känna sjukdomsbilden, ansågo visserligen båda på goda grunder, att den infantila paralysiens orsak vore att söka i en sjuklig process uti ryggmärgen, men ingen af dem kunde lemna det patologisk anatomiska beviset för denna sin uppfattning. Detta framlades först af CORNIL, då CHARCOTS assistent, 1864 i Société de Biologie i Paris.[2]) Men CHARCOT och CORNIL hade endast lagt märke till atrofien uti de främre grå ryggmärgshornen och i de främre sidosträngarna. De förbiságo det viktigaste eller förändringarna uti och förintelsen af de motoriska ganglieceIlerna. Detta visades för första gången af VULPIAN osh PREVOST 1866, som funno, att de flesta ganglieceller hade försvun-

---

[1]) En mycket utförlig monografi, *Spinale Kinderlähmung* von Dr. A. SEELIGMÜLLER finnes intagen uti *Gerhardt, Handbuch der Kinderkrankheiten, bd. V., afd. I, II.*, Tübingen 1880.

De bästa och mest tidsenliga monografierna torde vara af PIERRE MARIE dels uti hans *Leçons sur les maladies de la moelle*, Paris 1892, dels uti *Traité de Médecine 1894*.

[2]) CHARCOT: Leçons sur les maladies du système nerveux 1877.

nit i det främre hornet uti det segment af ryggmärgen, som svarade mot de atrofierade musklerna. Frånsedt mindre viktiga bidrag, blef det CHARCOT, som tillsammans med sin assistent JOFFROY 1870 lemnade den bästa och hittils gällande beskrifningen på förändringarna i ryggmärgen vid gamla fall af infantil paralysi. De funno i ett sådant fall, att gangliecellerna dels voro degenererade, dels hade alldeles försvunnit på somliga ställen, och att nevroglian där också var sklerotiskt atrofierad; men det fans emellertid ställen, där förändringen i cellerna var den enda, nevroglian i det närmaste oförändrad. Vidare iakttogo CH. och J. atrofien i de främre sidosträngarna och i de främre nervrötterna, hvilka förändringar de antogo vara sekundära. CHARCOT uppkonstruerade den ursprungliga akuta sjukdomen i ryggmärgen till en inflammatorisk process, som i första rummet angrep och förstörde de motoriska gangliecellerna, lemnande de andra förändringarna en underordnad och sekundär betydelse. Sjukdomen borde altså från patologisk-anatomisk synpunkt betecknas såsom en tephromyelitis eller poliomyelitis anterior acuta, hvilket namn ofta användts under de senare decennierna såsom namn på sjukdomen. CHARCOT sjålf kallar den infantil paralysi. Äfven kunde CH. och J. konstatera öfverensstämmelsen mellan den patologiska processens utbredning i ryggmärgen och utbredningen och atrofien i musklerna. Många forskare hafva bidragit att belysa detaljerna i den mikroskopisk-patologiska anatomien, men det vore öfverflödigt att nämna alla dessa, då jag kan hänvisa till en föregående uppsats uti Nord. Med. ark., bd XX, n:r 22, där RISSLER lemnar en utförlig redogörelse härför. Det är i denna uppsats, *zur Kenntniss der Veränderungen des Nervensystems bei poliomyelitis anterior acuta*, som RISSLER beskrifver sina mikroskopiska undersökningar af 5 fall, af hvilka tre aflidit i det akuta stadiet, en 21-årig kvinna och tvänne barn, öfver hvilka senare utförliga sjukhistorier och obduktionsberättelser återfinnas i min härnedan meddelade kasuistik. Då jag längre fram kommer att redogöra för de patologisk anatomiska förändringarna i det akuta stadiet, skall jag också kasta en återblick på resultaten af RISSLERS undersökningar.

Efter RISSLER hafva GOLDSCHEIDER, REDLICH, SIEMERLING, och DAUBER[1]) varit i tillfälle att göra mikroskopiska under-

---

[1]) VON KAHLDEN, Centralbl. f. allg. Path. u. p. Anat., 1894, n:r 17.

sökningar på fall, som dött i akuta stadiet och funnit i hufvudsak samma förändringar som RISSLER.

Försök som på sista åren blifvit gjorda, först af H. ROGER 1891 [1]) med modifierade kulturer af erysipelas-kokker, sedan af GILBERT och LION [2]) med bacillus coli samt af THOINOT och MASSELIN [3]) med bacillus coli och staphylococcus aureus, att på kaniner framkalla en poliomyelitis anterier med förlamning och atrofi i bakre extremiteterna hafva ej direkt samband med den infantila paralysien, men dock ett visst intresse för diskussionen om sjukdomens etiologi, hvartill jag återkommer längre fram i min afhandling.

Till slut några ord om STRÜMPELLs insats i läran om den infantila paralysien. Redan DUCHENNE (de Boulogne) 1855 och HEINE 1860 hade gjort oss bekanta med den cerebrala spastiska hemiplegien hos barn. Den har sedan blifvit mångfaldiga gånger observerad och beskrifven, och det har småningom blifvit tydligt, att äfven denna form af förlamning, ehuru i symptomen från nervsystemet så olik den spinala paralysien, i många fall uppkommer efter ett kort feberstadium. Samma anmärkning gäller den akuta polynevriten; äfven vid denna sjukdom beskrifves ofta ett akut stadium, hvartill sälla sig de för denna åkomma egendomliga symptomen af rubbningar i nervsystemet. I en installationsföreläsning i Leipzig 1884 [4]) yttrar STRÜMPELL på tal om orsakerna till olika sjukdomar i nervsystemet: »Efter alt detta kan det sättas i fråga, om icke den på rent anatomiska grunder hittils gjorda skilnaden mellan neuritis, poliomyelitis och akut infantil encephalitis är konstlad. Oss synes den tanken vara värd mycken uppmärksamhet, att uppfatta de nämnda affektionerna från en gemensam etiologisk synpunkt och betrakta dem blott såsom olika lokaliserade manifestationer af samma eller åtminstone mycket nära besläktade sjukdomsfrön.» Det låg en genial uppfattning till grund för detta af STRÜMPELL framställda spörsmål, hvilket dock ännu icke blifvit fullt uredt. Min kausistik skall lemna viktiga, ja, afgörande bidrag till dess besvarande.

I samma föredrag uttalar STRÜMPELL den förmodan, att dessa nu nämnda sjukdomar äro att uppfatta såsom infektions-

[1]) I Société de Biologie 1891. Annales de l'Institut Pasteur 1892.
[2]) eft. ROGER.
[3]) Revue de médecine, juni 1894.
[4]) Deutsch. Arch. f. Klin. Med., bd XXXV.

sjukdomar i detta ords vanliga betydelse. Han tror detta ex analogia, något annat bevis för sin tro kan han ej lemna. Denna uppfattning om den infantila paralysiens natur har nog hos mången mognat till öfvertygelse under det sista decenniet, men altjämt på grund af analogien med andra bättre kända infektionssjukdomar. Man har saknat patologisk anatomiska observationer, som kunde lemna ett afgörande svar. Vid tvänne autopsier i det akuta stadiet har jag funnit svaret äfven på denna fråga.

Enligt FREUD och RIE[1]) skall VIZIOLI redan 1880 hafva framhållit likheterna uti utvecklingen och förloppet mellan spinal infantil paralysi och cerebal infantil hemiplegi, men VIZIOLIS uttalanden i en afhandling på italienska språket hafva icke blifvit beaktade i den tyska literaturen och i den franska först af PIERRE MARIE 1892[2]).

Vid den Internationela medicinska kongressen i Berlin 1890 redogjorde jag i korthet för min erfarenhet från en epidemi af infantil paralysi i Stockholm 1887, och finnes mitt då hållna föredrag, öfversatt till svenska, intaget i Hygiea, band 52, s. 567. Jag var vid ofvan nämnda tillfälle bunden af de stadgade tjugu minuterna för min framställning, hvilken också blef tämligen knapphändig. Jag har sedan märkt i den utländska litteraturen, att innehållet i mitt föredrag är mycket ofullständigt kändt. I de digra kongressförhandlingarna tycks det icke blott ligga begrafvet utan äfven vara glömdt. Den svenska publikationen i Hygiea vet man åtminstone, att den finnes till, men för utländska forskare och författare är den icke tillgänglig på grund af det för dem obegripliga språket. De referat af mitt korta meddelande, som varit synliga i utländska arbeten, hafva vittnat om misstroende angående riktigheten af mina observationer och om obekantskap med mina åsikter. Ja, mången vill icke riktigt tro, att det var infantil paralysi, som jag observerade i Stockholm 1887, utan någon helt annan sjukdom (förut okänd?) Jag har därför länge varit besluten att i en fullständigare framställning redogöra för mina iakttagelser och mina åsikter angående den infantila paralysien med särskild hänsyn till dess akuta stadium. Men om erfarenheten från 1887 års epidemi än kunde vara

[1]) Beitr. z. Kinderh. v. KASSOWITZ, 3 häft., Wien 1891.

[2]) Leçons sur les maladies de la moelle. Paris 1892.

tillräcklig för att belysa och besvara vissa spörsmål, medger jag å andra sidan, att den behöfde kompletteras i åtskilliga hänseenden för att vara verkligen bevisande. Jag har visserligen sett många fall af infantil paralysi sedan 1887, de flesta af det vanliga slaget, men också åtskilliga med betydliga afvikelser från den vanliga symptombilden. Jag är själf öfvertygad om, att dessa senare fall äro identiska med de vanliga från etiologisk synpunkt, men jag ville också öfvertyga andra därom. Då sjukdomsfallen såsom vanligt förekommit sporadiskt under åren 1888—1894, så fattades mig en viktig länk i bevisningskedjan, nämligen det samtidiga uppträdandet af ett större antal fall, hvars samhörighet ligger i en klarare dag. Jag har därför trott, att detta material af sporadiska fall från de nyss nämda sju åren icke skulle hjälpa mig mycket att öfvertyga dem, som tviflade. Men då jag under innevarande år åter haft tillfälle att iakttaga en epidemisk utbredning af infantil paralysi i Stockholm och dess omgifningar, och då jag härunder samlat ett ganska värdefullt material, egnadt att sprida ljus öfver sjukdomens skiftande former och dess växlande utbredning i nervsystemet, så anser jag mig nu hafva tillräckliga bevis på hand och vill icke längre uppskjuta den redogörelse, som jag härmed lemnar till publikation uti Nord. med. arkiv i den underförstådda afsikten att därefter offentliggöra den samma på franska språket.

För att det, som är nytt och ovanligt i mina observationer, verkligen skall blifva tillgängligt för dem som intressera sig för frågan, om hvad som kan förstås med infantil paralysi och hvad som får räknas dit, och för att visa, att de mindre vanliga fallen naturligt och bestämdt knyta sig till de förut kända och erkända, så har jag ansett det vara af vikt att först och främst meddela en någorlunda utförlig kasuistik. Ingenting är ju värderikare för forskningen än observationerna själfva. Med dem framför ögonen kunna andra bäst bedöma deras värde och afgöra. om mina slutsatser äro riktiga eller ej. Jag skall därför i den kommande kasuistiken meddela samtliga fall, som jag under epidemierna observerat, såväl de ovanligare som äfven dem, hvilka erbjudit den förut väl kända bilden af spinal infantil paralysi. Jag anser det alldeles nödvändigt, att dessa tagas med i redogörelsen, ty först därigenom blir det möjligt att lemna en klar föreställning om sambandet mellan dessa och de atypiska sjukdomsfallen.

Jag vill försöka att göra sjukhistorierna så korta som möjligt och endast taga med de delar af anteckningarna, som belysa sjukdomsfallen med hänsyn till den infantila paralysien. Uti de fall, där sällsynta symptom förekommit eller förloppet varit ovanligt, har jag ansett det nödigt att göra utdragen ur journalerna utförligare eller meddela dem någorlunda in extenso. Jag har varit angelägen att om dem meddela, hvad jag kan, och gäller detta framför alt de fall, där sådana symptom förekommit, som enligt vanliga begrepp icke svara mot hvarandra, och där det är mindre lätt att göra sig en föreställning om lokalisationen i nervsystemet. Om de vanliga fallen med de väl kända symptomen bör det vara nog att redogöra för 1:o, att de inträffat, och 2:o, när de inträffat.

Jag kommer att ordna sjukhistorierna i kasuistiken efter den tidsföljd, i hvilken barnen insjuknat, då jag tror att läsaren härigenom får den bästa öfverblicken öfver epidemiernas gång. De allra flesta fall har jag observerat på den pediatriska kliniken och polikliniken, blott ett fåtal i min enskilda praktik, 3 under 1887 års epidemi och ett under hösten 1895.

Kasuistik

I. Epidemien år 1887.

De första fem fallen hade samtliga karakteren af vanlig infantil paralysi. De tre första kunna ej räknas till den egentliga epidemien.

1. Flicka E. L., 2 år 4 mån., Thulegat. 13. Insjuknade $^{12}/_{5}$, observerades första gången $^{29}/_{6}$.

Ingen feber eller allmänt illamående observerades före förlamningens uppträdande.

Diagnos: *Paralysia infantilis musc. tib. ant. dx.*

2. Flicka S. A. F., 1 år 9 mån., Surbrunnsgat 30. Insjuknade i maj. Observerad $^{26}/_{11}$. Feber, värk i benen, paraplegia inferior. *Typisk spinal infantil paralysi.*

3. Gosse K. O. G., 10 mån., Westmannagat. 60. Insjuknade $^{1}/_{6}$. Observerades första gången $^{1}/_{10}$. Feberstadium med förlamning i alla fyra extremiteterna. $^{1}/_{10}$ Paraplegia inferior. *Typisk spinal infantil paralysi.*

4. Gosse Fr. C., 2 år 3 mån.. Bollhusgränd 1 B. Insjuknade $^{17}/_{7}$. Observerades $^{28}/_{7}$.

Fyra dagars feberstadium. Paraplegia infer.
Typisk spinal infantil paralysi.

5. Gosse E. T., 6 mån., Kocksgat. 28. Insjuknade $^{17}/_{7}$. Observerades första gången $^{17}/_{8}$.

Åtta dagars feberstadium, kräkningar och diarré. Lika med föregående.
Paraplegia inferior.

6. Flicka A. S. G., 3 år, Östra Varfsgat. 4. Insjuknade $^{1}/_{8}$. Obs. $^{10}/_{8}$.

Fyra dagars feberstadium, svårt att gå, *häftiga smärtor i benen*, stor ömhet, *tålde ej att man tog i benen*, kunde på tredje dagen ej stödja på dem, har varit kinkig, orolig och skrikig om nätterna; *någon kontraktur;* förlamningen i benen skall hafva tilltagit efter feberns upphörande.

$^{10}/_{8}$. Lindrig *kontraktur i höft- och knäleder*, men i vänstra benet, *vid palpation* af muskulatur och nervstammar *stark smärta, ringa hudhyperestesi å benen.* Försöker man ställa barnet på golfvet, vika benen undan, hon kan dock stödja något litet på det högra, om man håller i henne. Patellarreflex endast till höger. Partiel EaR.[1]) Plantarreflexer finnas, men svaga, bukreflexer tydliga. Sensibiliteten tyckes ingenstädes nedsatt. Afföring trög.

$^{18}/_{8}$. Kontrakturen borta, benen ligga raka och slappa, ömheten minskad, kan stödja något äfven på det vänstra benet, patellarreflex äfven på detta. EaR i båda benen.

$^{18}/_{8}$. Ömheten borta, rörligheten tilltager.

$^{2}/_{10}$. Under bruket af galvanism har *rörligheten fullständigt återkommit. Barnet friskt.*

Diagnos: Paralysia infantilis, närmare bestämdt *polyneuritis acuta.*

7. Gosse H. Rehn, 3 år, Odensgat. 8, insj. $^{9}/_{8}$, obs. $^{14}/_{8}$.

Feber en dag, kräktes, var dåsig och grinig några dagar. Paraplegia inferior, muskulaturen något öm, för öfrigt vanliga symptom af *spinal infantil paralysi.*

$^{9}/_{10}$. Oförbättrad.

Jämför detta fall, n:r 7, med fallet 10.

Följande fall, n:r 8, visar ganska bestämdt, att en infantil paralysi kan uppträda under formen af en enkel facialisparalysi.

8. Gosse F. A. L. A., 4 år, Humlegårdsgatan 6, insj. $^{9}/_{8}$, obs. $^{26}/_{8}$.

Hade i början af juni lindrig mässling, för öfrigt alltid frisk, aldrig haft öronlidande. Sjuknade den 9 augusti med frossbrytningar

---

[1]) = Entartungsreaktion.

och feber, blef mycket dåsig, ville bara sofva, var retlig till lynnet, en natt ett par dagar efter insjuknandet häftiga skrik; morgonen därpå var gossen lam i högra ansiktshalfvan.. Förstoppning.

$^{13}/_{8}$. Laxativ. Ingen förlamning i extremiteter eller annorstädes i kroppen kunde någonsin förmärkas i hemmet.

$^{26}/_{8}$. Friskt präktigt barn. Ingen förlamning i extremiteter, bål, ögon, tunga eller på annat ställe. *Endast den högra n. facialis är förlamad såväl i öfre som nedre grenen*, högra ögat kan ej slutas, munnen drages på sned åt vänster. Högra ansiktshalfvan = EaR: faradisk ström på nerven = 0, på muskl. = 0, (på vänstra sidan lifliga reaktioner), galvanisk ström: 8 elem., h. nerv. = 0 (reaktion på vänstra sidan), på muskl.: 10 elem., KSR = 0 (på vänstra sidan liflig reaktion), ASR = svag ryckning.

Diagnos: *Paralysia infantilis*, *monoplegia facialis*.

9. Flicka N. N., 9 mån., fr. St. Essingen, insj. $^{11}/_{8}$, obs. $^{18}/_{8}$.

Ingen feber observerad, endast dåsighet. $^{12}/_{8}$ v. arm paralyserad. $^{18}/_{8}$ *förlamning i deltoideus och öfverarmen* kvarstående.

Följande fall, n:r 10, har ett synnerligen stort intresse. Gossen är broder till n:r 7. Vi hafva således här exempel på, att två syskon uti hemmet nästan samtidigt angripas af infantil paralysi. Den äldre brodern, n:r 7, erbjöd en fullkomligt vanlig sjukdomsbild. Fallet n:r 10 åter är mycket märkligt, i ty att här visade sig jämte en vanlig paralysi i extremiteterna en pares så väl i facialis som i oculomotorius.

10. Gosse C. A. A. Rehn, 1 år 4 mån., Odensgat. 8, insj. $^{13}/_{8}$, obs. $^{15}/_{8}$.

Barnet, broder till n:r, 7 som hade insjuknat den 9 augusti. Förut fullt frisk. *Den* $^{13}/_{8}$ *dåsig, den 14:de på morgonen paretisk i benen, på middagen samma dag vänstersidig facialispares.* Fortfor att vara dåsig, suckade ofta och djupt, på morgonen den 15:de ett gällt skrik. Ej visat några symptom för öfrigt tydande på meningit.

$^{15}/_{8}$. Barnet somnolent, väckes lätt, men tyckes ej känna igen någon i omgifningen, återfaller genast i sömn, suckar djupt emellanåt, ansiktsfärgen blek, växlar ej färg. Trousseau'ska streck kunna ej framkallas. Sensibiliteten bibehållen, ingen hyperestesi eller ömhet någonstädes. *Vänstra ansiktshalfvan paretisk*, v. ögat halföppet, (det högra slutet), ej häller v. ögonbrynet röres vid grimasering. *Ögonens ställning i allmänhet normal*, men, då man kan få barnet att försöka fixera ett föremål, visa sig *deras rörelser ej fullt koordinerade. På båda ögonen nystagmus, starkare på det vänstra. Pupillerna kontraherade, lika stora, reagera för ljus, den högra lifligt, den vänstra trögare.* Ögonbotten normal, äfven pupillen. Från tungan, uvula och mjuka gommen intet att anmärka. Högra armen röres normalt, vänstra handens fingrar likaså, *vänstra under-*

armen trögt och *vänstra öfverarmen röres nästan icke als. Benen röras* något, men *trögt. Barnet kan ej gå eller stå.* Inga kontrakturer. Inga patellarreflexer. Kittel-, kremaster- och bukreflexer lifliga. *Pulsen liten, jämn 120.* Urinen sur, fri från ägghvita och socker. Temp. 39,4°.

16/8. Fortfarande soporös. Stöder bättre på benen. *Vänstra cornea något ruggig. Pulsen 100. Ingen afföring sedan den 13:de.* Ord. ol. ricini; antifebrin 5 cgm 2 d. d. Temp. 39°—37,6°

18/8. *Mindre soporös,* begär mat, *stöder bättre på benen, vänstra öfverarmen paralytisk, facialisparesen kvarstår* (kan dock sluta ögat något), *ingen nystagmus, ingen olikhet hos pupillerna.* Feberfri. Vänstra facialis = EaR.

29/8. Lifligare, börjar leka. För öfrigt som förut.

24/8. Stöder nu ordentligt på benen, drar något litet på vänstra mungipan. Allmänna tillståndet godt.

Barnet förbättrades under den närmaste tiden därhän, att det *kvarstod en viss grad af pares i vänstra ansiktshalfvan och paralysi i vänstra öfverarmen.*

Diagnos: Paralysia infantilis spinalis et facialis et oculomotor.

Äfven i följande fall se vi exempel på en facialis paralysi, här uppträdande jämte en paraplegia inferior.

11. Flicka M. Å., 1 år 10 mån., Polhemsgat. 9. Insj. 13/8, observ. 15/8.

13/8. Feber, somnolens, dåliga öppningar, 15/8 samma tillstånd, 17/8 *lam i båda benen, betydligt ömmande för vidröring,* 18/8 *ringa kontraktur i knälederna, skriker vid försök att räta ut benen, som röras mycket trögt. Pares i h. facialis så väl i öfre som nedre området.* Intet abnormt från ögonen. För öfrigt rask och feberfri.

Visade sig ej vidare å polikliniken.

Diagnos: Paralysia infantilis, spinalis (polyneuritis?) + pares. facial.

12. Flicka Th. S. Ö., 5 år, fr. Djurö. Insj. 13/8, observ. 19/8.

Fem dagars feberstadium.

19/8. Slapp förlamning af högra benet. *Typisk spinal infantil paralysi.*

Följande fall erhjuder den intressanta bilden af en infantil paralysi med tydliga symptom af en poliencefalit, med vänstersidig cerebral hemiplegi och samtidigt en abducensförlamning.

13. Gosse C. O. Lj., 11 mån., St. Eriksgat. 22. Insj. 17/8, observ. 24/8.

Barnet har alltid varit friskt, kunde före insjuknandet stå och hade äfven börjat gå för sig själf, *Insjuknade den 17 augusti* med *kräkningar och diarré,* syntes ej särdeles illamående förr än *den 22 augusti,* då barnet fick *feber* och började blifva *somnolent; den*

23:dje visade sig *ett eklamptiskt anfall.* Företeddes å Barnsjukhusets poliklinik den 24:de; det hade feber och var soporöst, suckade ofta och djupt, Trousseau'ska streck framkallades lätt, pupillerna dilaterade, reagerade ytterst svagt. Inga kontrakturer kunde påvisas. Ingen förlamning. Pulsen hastig, jämn. Den $^{26}/_{8}$ hade modern observerat *klonisk kramp i vänstra armen och vänstra benet,* hvarefter barnet ej längre kunde stödja på benen. Den $^{27}/_{8}$ var barnet åter *feberfritt och lifligt,* nu observerades att det hade *konvergent strabism.* Den $^{31}/_{8}$ märktes stark *kontraktur i vänstra armbågsleden.*

Den 10:de sept. förevisades barnet å Barnsjukhuset, då om det samma antecknades: Barnet blekt, hullet tämligen dåligt. Har *konvergent strabism,* ingen facialisförlamning. Armarna röras ledigt, äfven som det tyckes, den vänstra, men *i vänstra armbågsleden* finnes en *obetydlig kontraktur,* och *vänstra handen* med dess fingrar visa svaga *athetosrörelser.* Då modern håller i barnet, gör det försök att gå, men *släpar med den vänstra fotens tår, för ej vänstra benet så säkert och ledigt som det högra utan gör en del omotiverade rörelser* med det samma, *abducerar tårna* och *visar med dem athetosrörelser.* Äfven i hvila uppträda liknande rörelser.

Reflexer kunna utlösas *från triceps-senan på vänstra armen,* men detta lyckas *ej på den högra. Patellarreflexen lika på ömse* sidor.

Vänstra benet reagerar normalt för såväl farad. som galvanisk ström.

$^{12}/_{9}$. *Kontrakturen i vänstra armbågsleden försvunnen, vänstra handen röres normalt.* Vänstra benet röres säkrare, athetosrörelserna mindre framträdande.

$^{15}/_{9}$. *Strabismen* visar sig *endast någon gång,* det händer *ibland, att vänstra ögat devierar inåt. Svaga athetosrörelser på vänstra foten, då barnet skall försöka att gå. För öfrigt frisk.*

Diagnos: *Poliencephalitis acuta c. hemiplegia sinistra et pares. n. abducent. sin.*

14. Gosse V. K., 2 år 6 mån. Insj. $^{18}/_{8}$, observ. $^{22}/_{11}$.

Efter feberstadiet lam i alla fyra extremiteterna samt hufvudet. $^{22}/_{11}$. Lam i båda armarna, händerna kunna röras. *Paraplegia superior post poliomyelit. anter. acuta.*

15. Gossen K. A. H. S., 7 mån., Döbelnsgat. 60. Insj. $^{20}/_{8}$, observ. $^{3}/_{9}$.

Lindrigt feberstadium, lam i *vänstra öfverarmen* med de vanliga symptomen af *spinal infantil paralysi.*

Historien om fallet n:r 16 afviker i hög grad från den vanliga om en infantil paralysi, till en början genom de mer än vanligt häftiga smärtorna i armar och ben, samt öfvergående ryckningar i extremiteterna under sömnen (enl. modern) samt framför alt genom *ataxien i tal och gång,* men däremot från-

varo af egentlig förlamning, af atrofi och degenerationsreaktion i de nedre extremiteterna, hvilket alt antyder en helt annan lokalisation i nervsystemet än den vanliga i ryggmärgens främre grå horn. Endast i högra nerv. abducens fans en utpräglad förlamning. Armarna oberörda.

16. Gosse C. O. O., 3 år, Brännkyrkagat. 59 A. Insj. $^{24}/_{8}$, observ. $^{27}/_{8}$.

Gossen hade vid jultiden föregående år mässling, hade sedan början af år 1887 haft en kronisk artroit i vänstra fotleden. *Sjuknade plötsligt den 24 aug.* med *feber* och *smärtor i kroppen*, var mycket *ondsint*, klagade i synnerhet öfver att det gjorde *ondt i armar och ben*. Inga svullna leder (utom den kron. artroiten), ingen hufvudvärk eller värk i ryggen, ingen nackstyfhet, ingen svårighet att svälja. Gossen var *fullkomligt redig* men *började* strax efter insjuknandet *tala sämre, än han gjort förut*. Han *började* också att *gå märkbart sämre*, i det att han *raglade* hit och dit. Modern märkte *ryckningar i armar och ben under sömnen*. En *konvergent strabism* visade sig samtidigt.

Temp. den 27:de på kvällen 38,4°, då han intogs på barnsjukhuset, där om barnet antecknades samma tillstånd, som ofvan angifvits. *Smärtorna försvunno efter några dagar* och *den* $^{6}/_{9}$ upptogs följande status præsens: Barnet vid rätt godt hull, leker gärna. *Talar dåligt, långsamt, nästan stammande, blott uttalande ett och annat ord. Högra ögat devierar inåt*, för öfrigt vid ögonen intet att anmärka. Ingen facialisförlamning. Mot armarnas rörlighet intet att anmärka. *Då han ligger, kan han röra benen kraftigt i alla riktningar. Gången är dock försvårad och osäker; han släpar benen, i synnerhet det högra, som han ej lyfter från golfvet; raglar än åt den ena än åt den andra sidan; går mycket bredt i benen. Ingen kontraktur. Ingen atrofi. Sensibiliteten bibehållen. Patellarreflexerna betydligt nedsatta, buk- och kremasterreflexerna lifliga. Ingen EaR, muskler och nerver reagera hastigt för både farad. och galvanisk ström.* Urinering och defekation försiggå normalt. Arthroit. chron. i vänstra fotleden. Mot hjärta och lungor ingen anmärkning. Temp. normal.

Gången förbättrades så småningom *betydligt* men var *ännu den* $^{25}/_{10}$ *något osäker och stapplande. Strabismen kvarstod också.* Patellarreflexerna fortfarande mycket svaga. Barnet i öfrigt friskt och hurtigt.

Diagnos: *Paralysia infantilis, ataxia locomotoria acuta et paralysia nerv. abducentis.*

17. Flicka H. B., 5 mån., Skånegat. 8. Insj. omkr. $^{20}/_{8}$, observ. $^{24}/_{8}$. *Vanlig spinal paralysi.*

18. Gosse E. B., 3 år 4 mån., Bergsgat. 11 B. Insj. $^{27}/_{8}$, observ. $^{19}/_{9}$.

Åtta dagars feberstadium. Paraplegia inferior. $^{19}/_{9}$ lam i högra benet (det vänstra återfått sin rörlighet), atrofi, EaR o. s. v.

19. Gosse G. D. L., 3 år, Furusund. Insj. omkr. 28/8, observ. 26/11.

Barnet alltid friskt till i slutet af augusti, då det sjuknade en natt med *feber*, låg mest till sängs följande dag, hade *ryckningar i händer och ben*, *hufvudet drogs bakåt*, *barnet* var *somnolent*, jämrade sig för *ondt i benen* och *ömmade mycket för vidröring*. Gossen blef förskräckt och *började gråta, när man försökte ställa honom. Han kunde ej stödja på benen. Febern varade 3 à 4 dagar.* Härunder hände, att gossen *ej kastade vatten på ett helt dygn, äfvenså var han förstoppad ett par dagar. Ömheten i benen kvarstod omkr. två veckor. Efter denna tid började han att gå*, ehuruväl *ej som vanligt; springa kunde han ej. Gången* har så småningom *blifvit bättre, men*

den 26/11 *antecknades*, att *gången* fortfarande är *abnorm, osäker*, han *»slänger med benen»*, *egentligen med det högra*, roterar bäckenet vid gående, klifver öfver en tröskel med svårighet, *faller lätt omkull. Då han ligger och rör benen, märker man intet abnormt. Ingen atrofi* i benen märkbar, det högra låret möjligen något fetare än det vänstra. *Patellarreflexerna rätt lifliga, starkare på höger sida. Kittel-, kremaster- ock bukreflexer finnas äfven, lifligare på höger sida,*

Elektrisk undersökning: faradisk ström: höger ben, nerver likasom muskler, ringa, långsam reaktion; vänster ben lifligare nästan normal reaktion; galvanisk ström (11 elem.): nerv. crur. sin. = liflig, d:o dextr. = mycket svag reaktion; musc. qvadr. fem. sin. = svag (barnet kunde ej släppa efter den frivilliga kontraktionen); d:o dextr. = svag KSR, tydligare ASR och tydligast AÖR; musc. tib. antic. = normal reaktion; musc. tib. antic. dextr. = ASR starkare än KSR. *Altså partiel EaR i högra benet.*

Barnet för öfrigt fullt friskt.

Diagnosen paralysia infantilis är nog höjd öfver alt tvifvel, äfven i detta fall, men lika säkert är det också, att de hufvudsakliga rubbningarna i nervsystemet icke träffat de främre grå hornen i ryggmärgen utan i stället de perifera nerverna (h. e. en *polynevrit*), hvarom dels hyperalgesien i benen vittnar, dels inkoordinationen, som möjligen kan sättas i sammanhang med polynevriten.

20. Flicka A. A., 1 1/2 år, från Eckerön i Mälaren. Insj. 30/8, observ. 15/9.

Tre dagars feberstadium. Förlamning i hela v. benet, ringa rörlighet i det högra. *Typisk spinal infantil paralysi = poliomyelit. anter. acut. lumbal.*

21. Gosse A. R. M., 10 mån., Skånegatan 10. Insj. 1/9, observ. 12/9.

Några dagars feberstadium. *Paraplegia inferior. Typisk poliomyelitis anter. acut. lumbalis.*

Följande fall, nr 22, var det första, som ledde till döden i det akuta stadiet och som blef föremål för autopsi.

22. Flicka, Frida Emilia Ekström, 3 år 4 mån., Döbelnsgatan 52. Insj. $^{3}/_{9}$. Intogs å Barnsjukhuset den $^{8}/_{9}$ 87, död den $^{9}/_{9}$.

Barnet hade insjuknat den $^{3}/_{9}$ med feber och klagat öfver smärtor i ryggen och halsen.

Den $^{5}/_{9}$ visades barnet å polikliniken, som då höls vid Tegnérgatan. Barnet klagade mest öfver »*ondt i halsen*». Vid verkstäld undersökning af svalget kunde där *intet abnormt upptäckas*. För öfrigt anmärktes, att barnet hade *feber* och *såg sjukt ut*, men *inga förlamningar eller andra lokala sjukliga symptom iakttogos*. Redan samma dag skall modern hafva märkt, att barnet *gick osäkert*.

Dagen därpå var det *slut med förmågan att gå*, men hon kunde dock stå på benen, då man stödde henne. Hon klagade nu öfver *smärtor i benen, då hon skulle stå*.

Den $^{7}/_{9}$ återkom modern med barnet till polikliniken. Barnet, som de första dagarna under sjukdomen varit tämligen lifligt, hade så småningom blifvit *somnolent*. Hon var nu *paraplegisk* och företedde alla sympton af en poliomyelitis anter. acuta med hufvudsaklig lokalisation i ländansvällningen. Högra benet var fullständigt paralytiskt, det vänstra i det närmaste. Hon klagade öfver *stickningar i benen*. Armarna rörde hon enligt moderns tycke som vanligt. *Inga symptom af meningit*. Intet abnormt från blåsan. *Ingen öppning sedan den 5:e*.

Den 8 sept. intogs barnet å Barnsjukhuset. Hon var väl nutrierad, stor till växten. Hon låg stilla, *soporös*, *kunde* någorlunda *lätt väckas* och *svarade då redigt. Intet abnormt från ögonen. Pulsen hastig, jämn. Ingen nackstyfhet, inga andra muskelkontrakturer. Armarna rör hon, som det tyckes normalt. I båda benen en fullständig, slapp förlamning utan spår till patellarreflexer. Fötterna kalla.* Erhöll ol. ricini, hvarefter afföring följde. Temperaturen på aftonen 38,4.

Den 9 sept. låg barnet orörligt, *komatöst, med benen slapt utsträckta* och *hufvudet böjdt bakåt, dock utan nackstyfhet. Nystagmus på ögonen, högra pupillen något vidare än den vänstra. Pulsen hastig, jämn. Temp. 41,4.* Vid 12-tiden började barnet *hastigt* blifva *cyanotiskt*, få *dyspné och trakealrassel* samt afled oaktadt använda stimulantia *kl. 2 e. m.*

Döden inträffade således 6 dagar efter insjuknandet.

Obduktion den 10 september:

Hufvudet. Hjärnan. Efter benkalottens aftagande visa sig dura mater tämligen blodrik och mjuka hinnorna genomskinliga med obetydlig mängd klar vätska i subaraknoidalrummen. *Kärlen å hjärnans yta starkt fyllda.* Å basen äfvenledes genomskinliga hinnor och obetydlig mängd klar vätska. *Den hvita substansen* visar i snittet någorlunda stark fuktighet, *förökad blodprickighet och här och där tydlig hortensiafärg. Den gråa barksubstansen* aftecknar sig väl från den hvita och visar *öfverallt normalt utseende, äfven å den motoriska*

regionen, som noggrant undersöktes. Sidoventriklarna ej utspända, ependymet normalt, ej förtjockadt. De basala ganglierna, lilla hjärnan, *pons* och *medulla oblongata*, genom hvilka båda senare dock endast ett snitt lades, förete *utom förökad fuktighet och blodhalt intet abnormt för blotta ögat.*

Ryggmärgen. Dura mater i nedre delen starkt blodfyld, *å främre delen nedom ländansvällningen å ett 2 ctm. långt stycke en färsk blödning på utsidan af dura mater. Mjuka hinnorna* genomskinliga, *normala. Ryggmärgen* kännes öfveralt af fast konsistens. Å tvärsnitt, som lades med mellanrum af 2 cm., visa sig *de främre hornen i halsansvällningen* af en *diffus brunröd färg*, tvärsnittet här för öfrigt utan anmärkning. I bröstdelen visar sig tvärsnittet normalt, men *i ländansvällningen* framträda *de främre hornen* med en *brunröd färg, mera mättad än den i halsansvällningen*, och med i snittet inströdda *mörkare strimmor och punkter*. Främre hornens färg *kontrasterar* lifligt *mot de bakre hornens grågelatinösa utseende. Främre hornen svälda*, så att de *höja sig öfver den öfriga snittytan.* Förändringarna äro intensivare och börja högre upp på den högra än på den vänstra sidan. Där förändringarna vidtaga *upptill i högra främre hornet*, finnes *en knappnålshufvudstor blödning.*

Af *nervus cruralis uttogs* ett stycke *till mikroskopisk undersökning* och visade sig där å ett centimeterlångt stycke en *diffus rodnad i nervskidan.*

Bröstet. Vid bröstkorgens öppnande kontrahera sig lungorna normalt. Pleuræ jämna och glatta. *Under pleura* å några ställen *knappnålshufvudstora blödningar. Lungparenkymet* öfveralt *luftförande, segt*, i lungornas bakre delar starkt blodfyldt. Bronkerna och luftstrupen innehålla obetydlig mängd slem. I hjärtsäcken en half tesked klar vätska. *Vänstra kammaren starkt kontraherad*, den högra innehåller dels mörkt tjockflytande, dels löst koaguleradt blod. *Hjärtköttet dragande något i grått. Under endokardiet* i vänstra kammaren nära valvula mitralis några *knappnålshufvudstora blödningar. Blodet mörkt tjockflytande.*

Buken. Mjälten af slapp konsistens, ej nämnvärdt förstorad, snittytan mörkröd, *parenkymet skört. Lefverns* konsistens likaledes *slapp*, i snittet visa sig *inga tydligt begränsade acini, parenkymet ej fullt klart, snittranden något svällande. Njurarna* fasta, kapseln lätt aflossande, *snittranden* något *svällande, barksubstansen i ringa grad ogenomskinlig* med i allmänhet bibehållen teckning mellan sepimenter och fasciklar, men *omkring pyramidbaserna är teckningen utplånad och färgen här dragande åt gulgrått.*

I tunntarmen äro de *solitära folliklarna* och *Peyerska plaques märgigt svälda, slemhinnan grenigt injicierad. I tjocktarmen* äro *likaledes folliklarna svälda och slemhinnan hyperemisk. Mesenterialkörtlarna svälda.*

De patologisk anatomiska förändringarna voro altså: *Hyperæmia cerebri, hyperæmia duræ matris spinalis c. hæmorraghia, poliomyelitis anterior acuta, ecchymoses pleuræ et endocardii*, (myocarditis?), *hepatitis et splenitis acuta levis, nephritis peribasalis, enteritis*

follicularis. Hvad den mikroskopiska undersökningen beträffar, se under kapitlet patologisk anatomi.

I följande fall var nästan hela kroppen förlamad vid slutet af feberstadiet. Endast i högra ansiktshalfvan var rörligheten någorlunda normal. Särskild uppmärksamhet förtjänar den hastigt påkommande öfvergående rubbningen i respirationens innervation.

28. Gosse, B. S., 1 år 7 mån., Tegelön i närheten af Vaxholm. Insj. 4/9, observ. 13/9.

Sjuknade *plötsligt den 4 sept.* med feber och allmänt illamående, var *bättre den 5:te och 6:te*, den 7 sept. åter något sämre, men *först den 8:de* fick han *stark feber*, blef *dåsig* och ville *hälst ligga stilla*, den 9:de började han dessutom blifva öm i kroppen.

Den 10 sept. märkte modern, att barnet *ej* kunde *stödja på benen*, *ej* håller *sitta för sig själf*. Längre fram på dagen märktes *snedhet i ansiktet*, då barnet grinade till, samt *svårighet* för barnet att *hålla hufvudet upprätt*, det ville *slinka hit och dit*. På aftonen *ett anfall med häftiga skrik och allmänna konvulsioner*. *Hela följande natt hade barnet oupphörlig klonisk kramp*. Före konvulsionerna *kräkningar*.

Den 11:e dvala, *fortfarande ryckningar i kroppen*, *i synnerhet i vänstra armen*. *Lavemang* med efterföljande afföring.

Den 12:e. Fullkomlig *dvala*, *urinretention*, kastade *ej* vatten *på ett helt dygn*. *Ingen öppning* under dagen. *Fortfarande ryckningar i extremiteterna*, men helt *lindriga*.

Den 13 sept. såg jag i konsultation med d:r H. HJORT, som först observerat fallet, den lilla patienten, som låg *i soporöst tillstånd*, blek och affallen; andades jämnt och lugnt; huden kännes sval; *då man rör vid honom*, *vaknar han till en del*, *jämrar sig*, *grinar och ser lidande ut*. Ryckningar i extremiteterna hafva nu upphört. Han är fullständigt *paralytisk i vänstra facialis*, *likaså i nack- och halsmuskulaturen;* då man reser honom upp, *slinker hufvudet hit eller dit*, *framåt eller bakåt*, *faller på ena eller andra axeln; han kan ej vända sig i bädden eller resa sig själf*, *ligger alldeles orörlig; alla fyra extremiteterna äro nästan fullständigt paralyserade*, någon liten rörlighet märkes på högra armen, vänstra handens fingrar och på högra benet, hvarmed han gör en ringa, långsam rörelse, då man nyper eller kittlar honom. *Sensibiliteten bibehållen*, *till och med lindrig vidröring synes smärta honom*. *Hud- eller senreflexer kunna ingenstädes framkallas*. Han vill nu ingenting förtära. Urinen går nu spontant. För öfrigt intet att anmärka från inre organ.

Den 14 sept. Har i dag dyspné med ytlig, *hastig andhemtning*, *56 andetag i minuten*. *Pulsen liten*, *hastig*, *120 i minuten*. I dag röres högra armen något litet, äfven det högra benet. För öfrigt samma tillstånd.

Vid *elektrisk undersökning fås med faradisk ström reaktion endast från den högra facialis*, *men äfven med stark ström ingen*

reaktion från vare sig vänstra n. facialis eller ansiktsmusklerna, ej häller från någon af de fyra extremiteternas nerver eller muskler. Samma förhållande med den galvaniska strömen. Härvid torde böra tagas i betraktande en rätt betydlig paniculus adiposus.

Den 15 sept. I dag är andhämtningen lugnare, 24 i minuten, pulsen 100. Gossen ser *mera vaken* ut, rör på högra armen och högra benet.

Den 17 sept. Somnolensen alldeles försvunnen. Han rör nu något äfven på vänstra sidans extremiteter. I dag ASR på vänstra ansiktshalfvans muskler. För öfrigt som förut.

Den 19 sept. Han börjar nu att vända sig i sängen och röra på hufvudet. Under den följande veckan återvände rörelseförmågan i extremiteterna, bålen och hufvudet, så att gossen kunde vara uppe. Efter ytterligare en vecka rörde han sig obehindradt, man märkte endast en viss osäkerhet i hufvudets rörelser, men äfven denna försvann, och slutligen *i midten af oktober kvarstod af den ifrån början i så stor utsträckning utbredda förlamningen endast en pares i vänstra facialis.* Diagnos: *Paralysia infantilis med utbredd poliomyelit. anter. acuta jämte affektion af vänstra facialis* och möjligen vagus.

Se här åter ett fall af ensamstående facialis-paralysi, som alldeles otvifvelaktigt uppkom i samband med en akut infantil paralysi. Jmfr härmed fallet nr 8.

24. Flicka, A. Å., 1 år 9 mån., Jagtvarfsgränd 7. Insj. 6/9, observ. 10/9.

Efter att i 14 dagar förut haft lösa öppningar sjuknade barnet plötsligt den 6 sept. med feber, dåsighet o. s. v., ville ej stödja på benen, hade ej öppning på 4 dagar.

Den 10 sept. Litet dåsig. *Hela vänstra facialis paralyserad.* Vid ögon, tunga, gomsegel eller uvula *intet att anmärka*, ej häller *vid extremiteterna. Patellareflexer lifliga.* För öfrigt frisk.

Den 16 sept. Liflig. Efter erhållet laxativ har afföringen varit ordentlig. *Facialisparalysien kvarstår. För öfrigt intet abnormt.*

Diagnos: *Paralysia infantilis c. monoplegia facialis sin.*

25. Flicka, M. K. T., 2 år 5 mån., Handtverkargatan 12. Insj. 8/9, observ. 14/9.

Kinkig och somnolent några dagar. Högra benet förlamadt med de *vanliga symptomen af poliomyelit. anter. acuta.*

Följande fall nr 26 visar oss spastisk pares i nedre extremiteterna med förhöjda patellarreflexer i stället för den vanliga slappa förlamningen. Intressant är också upplysningen, att *en yngre broder dog vid samma tid i akut infantil paralysi.*

26. Gosse, F. H. J. H., 3 år 1 mån., Eriksberg 5 o. 7. Insj. 9/9, observ. 19/9.

Patienten, som länge lidit af dålig digestion, insjuknade *den 9 sept.* helt *plötligt med feber.*

Gossen var *dåsig* och klagade öfver *smärtor i ryggen.*

Den 13 sept. kunde han ej stödja på benen, det märktes *ryckningar och darrningar i armar och ben.* Han *jämrade sig mycket i sömnen*, hade *feber och svettades mycket.* Dagen därpå var han mycket sämre, låg *nästan orörlig. Hade ej öppning på 4 dagar. Den 15 sept.* fick han öppning; dåsigheten minskades; han började röra på benen. *Den 17 sept.* var han redan så återstäld, att han kunde vistas uppe. *Den 19 sept. visades barnet å pediatriska polikliniken*, då ungefär samma tillstånd observerades som *på Barnsjukhuset*, där han *intogs den 23 sept.* Då antecknades bland annat en *lindrig pares i nedre området af den högra facialis.* Intet från ögon, tunga o. s. v., ej häller från armarna, som rördes obehindradt. Benens rörlighet däremot ej normal. *Gången är bredbent och mycket vacklande, samma osäkerhet på båda benen. Patellar-, plantar-, och kremaster-reflexerna mycket starka. Ingen atrofi* i musklerna påvisbar; *ömhet vid palpation af musklerna.*

Den 27 sept. Snedheten i ansiktet mindre tydlig.

Den 29 sept. Snedheten i ansiktet försvunnen. Vid gången iakttagas spastiska symptom. Vid hastiga passiva rörelser framkallas kontraktur i lårets muskler. Patellarreflexerna starkare än förut.

Den 25 sept. Ingen snedhet i ansiktet. Gången bättre, dock fortfarande något stapplande och bredbent. Patellarreflexer lifliga. E a R har ej förut kunnat och kan ej häller nu påvisas. För öfrigt frisk.

Diagnos: *Paralysia infantilis, ataxia locomotoria acuta et monoplegia facial. dextr.*

Om gossens ofvan nämnde broder, som afled, inhemtades af modern följande. Initialerna till hans namn voro *K. F. E. H., 1½ år gammal;* friskt och duktigt barn; insjuknade den 4/9 i häftig feber, var under 3 dagar mycket dåsig o. s. v., klagade öfver hufvudvärk och smärtor vid rörelser med hufvudet; på natten mellan den 7 och 8 blef han hastigt lam i armar och ben, hvarefter märktes, att barnet blef medvetslöst, låg alldeles stilla med orörligt ansikte och uppåtvända ögon. Ur detta tillstånd vaknade han ej. Under natten till den 9 sept. inställde sig trakealrassel, och barnet afled kl. 1.

Distriktsläkaren, som sett barnet ett par gånger före döden, hade misstänkt, att barnet dött uti meningit, men efter erhållen upplysning om broderns sjukdom antog han såsom högst sannolikt, att den yngre dött uti akut infantil paralysi.

27. Gosse, F. S. C., 7 mån., Surbrunnsgatan 9. Insj. 12/9, observ. 19/9.

Fyra dagars feberstadium. Lam i högra armen, mest öfverarmen och m. deltoideus. E a R. o. s. v. Lindrig rachitis.

Se här åter ett atypiskt fall af spinal infantil paralysi + pares. i ena nerv. abducens.

28. Gosse, N. H. J., 1 år 2 mån., Handtverkargatan 21. Insj. 13/9, observ. 28/9.

Alltid frisk, började gå för sig själf en månad före insjuknandet, som inträffade *den 13 sept.* med *dåsighet*, *mattighet* och *svettning*; *den 15:de* var hans allmänna tillstånd åter godt, men han kunde nu ej stödja på benen. *Den 18:de* märkte modern, att barnet skelade. *Den 23:e* anmärktes *lindrig rachitis*, *benens muskulatur slapp*, *barnet kan ej stödja på benen*, *patellar-*, *kremaster-*, *plantarreflexer påvisbara;* armarna röras normalt; *höggradig strabismus convergens*, *vänstra ögat riktadt inåt*, *kan ej föras utåt.* För öfrigt ingen förlamning eller annat att anmärka. *Nedre extrem. = partiel E a R.*

Den 7 okt. Kan nu föra vänstra ögat utåt betydligt bättre än förut. Går nu obehindradt utan hjälp, men släpar benen efter sig.

Paralysia infantil. c. *paraplegia inferior* et *monoplegia nerv. abducent. sin.*

Nästa fall är märkligt för recidivet af febern och förlamningssymptomen, för urinretentionen och förstoppningen samt också för den utpräglade förlamningen i bålens muskulatur.

29. Flicka, A. E. M., 2 år, Åsögatan 56. Insj. 14/9, observ. 19/9.

Fullkomligt frisk till *den 14 sept.*, då hon sjuknade med *feber*, *kräkningar*, *dåsighet* samt rätt betydlig *ömhet för vidröring. Den 15 sept.* märktes, att hon *ej* kunde *röra benen. Urinretention under 3 dagar* då hon måste tappas; härefter obehindrad urinkastning. *Ingen afföring på 5 dygn*; instälde sig efter lax. oleos. *Den 19 sept.* hade ingen förändring inträffat i hennes tillstånd, och hon var feberfri. Efter att hafva varit *feberfri från och med den 17 sept.* fick barnet *den 22:e en temperaturstegring till 38,9°*, *hvarefter en betydlig försämring inträdde;* hon blef *paralytisk i nästan hela kroppen*, låg *nästan orörlig* i sängen, kunde ej ändra läge; urin och faeces afgå i sängen; *talförmågan borta; jämrar sig sakta vid beröring;* sinnesorganen tyckas funktionera normalt; *båda benen fullständigt*, *slapt förlamade*, *så äfven armarna* (obetydlig rörlighet i högra handen och dess fingrar samt i vänstra underarmen); *nack- och halsmusklerna förlamade. Inga senreflexer. Sensibiliteten bibehållen*, *möjligen hyperestesi i benen och bålen.* Elektrisk undersökning = degenerationsreaktion. Utom en lindrig bronkit från inre organ intet att anmärka. Aptiten god, sömnen likaså. Urinen albuminfri. Temperaturen *den 23:e* under 38°, *den 24:e* normal.

Ur de följande anteckningarna må anmärkas, att hon *den 6 okt.* började röra armarna något bättre, *den 19 okt.* kunde hon hålla hufvudet upprätt, dock ej bålen, *den 28 okt.* antecknades *en under de närmast föregående dagarna observerad paralysi i högra bukväggen och högra bröstharfvan. Den senare i sin helhet insjunken*, *deltager mindre än den högra brösthalfvan i andningsrörelsen*, *interkostalrummen indragas vid inspirationerna. Vid forcerad exspira-*

tion, vid skrik eller hosta, visar sig en tämligen begränsad, afrundad, apelsinstor tumör i bukväggen på höger sida med tympanitisk perkussionston; bukmusklerna på vänstra sidan sammandraga sig normalt, de *på högra sidan äro förlamade. Under lugn andhemtning märkes ej den omtalade tumören på bukens högra sida.*

Den 2 nov. Förlamningen i benen fortfarande fullständig. Kan fatta föremål med högra handen, rörligheten i vänstra armen något större. Utbuktningen af högra sidan af bukväggen möjligen något större och mera begränsad.

Barnet har fått difteri och utskrifves till Epidemisjukhuset.

Diagnos: *Paralysia infantilis. Poliomyelitis anter. acut. c. paraplegia superior et inferior et paralysia musculor. thorac. et abdominis lateris dextr.*

Barnet afled i difteri på Epidemisjukhuset den 8 november, således nära två månader efter insjuknandet i infantil paralysi. Hjärnan och ryggmärgen tillvaratogos vid obduktionen. Mikroskopisk undersökning verkstäldes af d:r RISSLER, fallet n:r IV i RISSLERS ofvan citerade afhandling.

Härefter följa tre fall, som alla inträffade den 17 september och yttrade sig som typisk poliomyelitis anterior acuta.

30. Gosse, K. Y. E., 2 1/4 år, David Bagaresgata 15. Insj. 17/9, observ. 24/9.

Tre dagars feberstadium, hvarefter paraplegia infer. *Typisk poliomyelit. anter. acut. lumbal.*

31. Flicka, A. E. A., 1 år, Drottninggatan 86. Insj. 17/9 observ. 23/1 88.

Fyra dagars feberstadium, paraplegia inferior. *Typisk poliomyelit. anter. acut. lumbal.*

32. Flicka, M. W. M., 10 mån., Kammakaregatan 44. Insj. 17/9. *Lika med föreg.*

33. Flicka, E. E. J., 2 år. Insj. 21/9, observ. 24/9.

Hade förut sedan den 30/8 vårdats å polikliniken för vaginitis gonorrhoica, insjuknade *den* 21/9 med *feber, dåsighet* och *symptom* af *angina tonsillaris*, men *den* 24/9 på aftonen märktes, att hon *ej ville stödja på benen; då hon låg i sängen, kunde hon dock röra dem fritt, enligt moderns uppgift;* febern försvann efter den 24:de, men hon var ännu några dagar dåsig och slö. *Den* 30/9 *åter feber* samt *kräkningar och diarré. Den* 3/10 visades hon *åter på polikliniken*, då det konstaterades, att barnet *ej kunde gå och endast motvilligt stödde på benen*, då man höll i henne. I liggande ställning rörde hon benen tämligen normalt. *Patellarreflexer nedsatta men kunna framkallas.* Ledgångarna utan anmärkning.

Tillståndet förändrades under de följande dagarna därhän, att *den* 6/10 anmärktes, att barnet nu var *för öfrigt fullt friskt*, men

hon *vill ej gärna stödja på benen, kan dock gå, men gången osäker, spastisk. Muskulaturen* å benen *slapp, ömmande vid palpation. Patellarreflexerna nu märkbart förstärkta. Hudreflexerna normala. Sensibiliteten bibehållen, oförändrad.*

Elektr. undersökning: faradisk ström = ingen reaktion hvarken från nerver eller muskler å benen; galvanisk ström = ingen reaktion vid retning af nn. crurales et peronei; mm. extens. femor. (15 elem.) svaga långsamma kontraktioner, ASR = KSR, på vänstra sidan ASR möjligen något starkare än KSR. På mm. tibiales samma resultat med 11 elementer. *Altså tydlig EaR.*

Från hufvudet, öfre extrem., bålen, blåsan och ändtarmen intet abnormt. 7/10 *akut nefrit* med *anasarka* samt *albumin- och blodhaltig urin.* Ord. Sol. acet. kalic. + syr. scill. 12/10 Fortfarande samma symptom af nefrit. *I urinbottensatsen blodcylindrar samt fin- och grofkorniga sådana.*

Diagnos: *Paralysia infantilis (polyneuritis med ataxi och spastiska symptom) + nephritis acuta.*

Ofvan stående fall är märkligt i flere hänseenden, först beträffande *recidiv af feberstadiet efter en intervall af sex dagar,* vidare med hänsyn till de egendomliga symptomen, paresen yttrande sig mera i *osäkerhet i gången* än i verklig förlamning, *patellarreflexer i början nedsatta* men *under konvalescensen förstärkta,* under det att den *elektriska undersökningen* visade en *tydlig degenerationsreaktion.* Synnerligen anmärkningsvärd är ock den *parenkymatösa nefrit,* som uppträdde ett par veckor efter det första insjuknandet.

Här följer nu det andra fall, som gick till döden under det akuta stadiet efter 5 dagars sjukdom.

34. Flicka, Fanny Emilia Ekman, 5 mån., Roslagstorg 23. Insj. 23/9, observ. 26/9, död 28/9.

Friskt och frodigt dibarn, insjuknade den 23/9, ömsom *het* ömsom *kall,* blef *somnolent, »gaf intet ljud ifrån sig», ville ej dia, öppningarna gröna, slemmiga, illaluktande;* hon var ej kinkig, hade inga kräkningar, inga ryckningar, ingen urinretention.

Den 25/9. Barnet hade blifvit *mera slapt.* Det märktes, att hon *ej kunde stödja på benen. Det tycktes som hon ej kunde skrika; stämman = ett stilla kvidande.*

Den 26/9 *visades hon å polikliniken,* då om barnet antecknades: *Alla fyra extremiteterna förlamade,* endast någon liten rörlighet på högra foten och dess tår; *hufvudet slinker hit och dit, nack- och halsmusklerna tydligen paralytiska; ögonen stillastående, blicken stel; tungan slinker hit och dit i munnen; barnet har svårt att dia, har ingen kraft att suga, gapar blott; har också svårt att svälja det man häller i henne; stämman nästan afonisk. Inga*

senreflexer. *Sensibilitet tyckes finnas* (normal?). Andhemtningen lugn, hjärtverksamheten regelbunden.

Enligt moderns uppgifter var barnet *den* 27/9 ännu sämre, låg i *djup sopor*, *alldeles orörlig*, *gapade blott* och var ännu slappare, »*alldeles som om hon varit utaf*»; *öppningarna missfärgade*, *slemmiga*, *stinkande*.

Den 28/9 fick barnet på förmiddagen *dyspné*, några timmar därefter *trakealrassel*; på e. m. blef hon *hastigt* »*alldeles blå*», *drog ett par andetag med långa mellanrum och var död 5 dagar efter insjuknandet*.

Diagnos: *Paralysia infantilis generalis* (*nervor. spinal. omnium*, *oculomotor.*, *abducent.*, *trigemin.*, (*vagi?*) *et hypoglossi*).

Obducerades d. 30 sept. 1887 på Allm. barnhusets obduktionsal, hvarvid iakttogos följande, af d:r v. Hofsten till protokollet dikterade förändringar. Hullet särdeles godt. Rikliga likblånader. Å högra öfverarmen en tumnagelstor blödning i den subkutana fettväfven.

Uti *hjärnans* hårda hinna obetydligt ökad blodhalt. Den *mjuka hinnan* företer å occipitaldelen samt äfven å vertex och framtill en *måttligt förökad blodfyllnad* såväl uti gröfre som finare vener. Subaraknoidalvätskan ej ökad. *Hjärnans parenkym* — *särskildt centralvindlarna*, de *centrala ganglierna* och *crura cerebri* — *utan nämnvärd afvikelse*; likaså *sidoventriklarna*, *lilla hjärnan* och *varolsbryggan*, *men* vid snitt genom *förlängda märgen* befinnes *dess grå substans* ej obetydligt *hyperemisk*.

Ryggmärgen. Ryggradskanalens *periost* såväl som ryggmärgens *hårda hinna hyperemiska*, *företrädesvis* å sidopartierna *kring de afgående nervstammarna* och *starkast* framträdande *vid* trakten af *ländansvällningen*. *På halsansvällningens framsida* finnes ett fingerblomstort *blodextravasat*, *vidhängande den hårda hinnan*. *Mjuka hinnorna* äfvenledes *hyperemiska*, lindrigt på framsidan, mera på baksidan, där förändringen *skarpt framträder på halsansvällningen och ännu mera på ländansvällningen* och *cauda equina*.

Ryggmärgen visar sig i tvärsnitt strax nedom medulla oblongata vara *hyperemisk uti den gråa substansen* såväl *i de främre och bakre hornen* som äfven *i de vänstra främre nervrötterna*. *Den hvita substansen här liksom utefter hela ryggmärgen lös*, *uppsvällande öfver snittkanten*. Uti *halsansvällningen* iakttages *betydlig hyperemi i främre hornen* samt i dess nedre del äfven små punktformiga blödningar i vänstra hornet. Ännu *längre ned* visar den grå substansen ungefär samma förhållande utom att *hyperemien* är *företrädesvis markerad i det bakre vänstra hornet*, *hvilket äfven är tydligt ansvällt*. *I dorsaldelen mindre hyperemi i grå substansen*; *en punktformig blödning mellan de främre hornen invid centralkanalen kan iakttagas i tvänne närbelägna snitt*. Nedemot *ländansvällningen* tilltager åter *hyperemien i de främre hornen* och är vid ländansvällningens midt *intensiv* i dem, *i de bakre något svagare*. De *främre hornen* äro här äfven *ansvälda* — *det vänstra något mera* än det högra —, *af rödgrå färg och gelatinöst ut-*

seende. Nederst i ländansvällningen tilltager svällningen af den grå substansen och dess gränser mot den omgifvande hyperemiska väfnaden blifva diffusa.

Lungorna äro *å några ställen kollaberade, eljest normala.*

Hjärtat något *slapt*; *hjärtköttet grårödt, obetydligt grumligt.* Valvler och mynningar normala. Å mitralvalveln en del grynlika exkrescenser — noduli albini; endokardiet för öfrigt utan anmärkning.

Mjälten lindrigt *sväld*, tydligt *lös* och *sladdrig.* I snittet är den *svällande, rödgrå* med *stora diffusa Malp. kroppar* och *mörjigt parenkym.*

Lefvern ej förstorad, men af *slapp konsistens. Snittytan brunröd med grå anstrykning*, ej svällande, af ödematöst utseende och med tydlig teckning.

Njurarna något lösa, visa *utom förökad blodfyllnad intet abnormt.*

Tarmarnas innehåll ej tunnflytande eller slemmigt. *Slemhinnan* i hela tarmkanalen och företrädesvis i ileum *sväld* och *uppluckrad.* De *solitära folliklarna* allestädes *svälda, infiltrerade. Peyers plaques* betydligt *uppluckrade*, här och hvar fläckigt hyperemiska *Mesenterialkörtlarna förstorade, fasta, i snittet gråröda.*

De makroskopisk patolog. anatom. förändringarna således: Ecchymosis subcutanea, hyperæmia nucleor. bulb. rhachitici, hyperæmia et hæmorrhagia durae matris spinal., myelit. transversa acuta, myocarditis, splenit., (hepatitis?), enteritis catarrhalis et follicularis.

Om de mikroskopiska undersökningarna, se under rubriken patologisk anatomi.

I följande fall, n:r 35, är att märka en abducensförlamning jämte vanliga symptom af en poliomyelit. anter. lumbal.

35. Gosse, J. J., 1 år, från Enköping. Insj. slutet af sept., observ. 14/6 88.

Några dagars feberstadium vid 2 1/2 månaders ålder. Efteråt lam i benen och svag i armarna. Rörligheten i armarna återvände.

Den 14/6 88 antecknades å polikliniken: *bålens muskulatur svag, barnet kan ej sitta; paraplegia inferior;* typisk *poliomyelitis anter. acut.*

Vänstra ögat devierar inåt = förlamning i vänstra abducens. Barnet för öfrigt friskt.

36. Flicka, A. S. C., 4 år. Insj. slutet af sept., observ. 26/5 88.

Ett par dagars feberstadium i slutet af september. Paralysi af vänstra benet. *Typisk poliomyelit. anter. acut.*

37. Flicka, S. E., 1 år, från Södertelje. Insj. början af oktober, observ. 3/12.

Två dagars feberstadium. Paralysi i vänstra underbenet. *Typisk poiomyelit. anter. acuta.*

38. Flicka, S. A. W., 2 år, Kronobergsgatan 7. Insj. 17/10, observ. 24/10.

Några dagars feberstadium. Paralysi af vänstra underbenet. *Typisk poliomyelit. anter. acut.*

39. Gosse, Th. E. Ö., 8 mån., Roslagstullsgatan 16. Insj. 26/10, observ. 30/11.

Två dagars feberstadium. Paraplegia inferior. Vänstra benet återfått sin rörlighet. Den 30/11. Paralysi i högra benet med alla symptom af en *poliomyelit anterior. acut.*

I följande fall torde den under sjukdomen uppträdande olikheten i pupillerna förtjäna att observeras.

40. Gosse, H. F., 2 år, Luntmakaregatan 13. Insj. 31/10, observ. 23/11.

Åtta dagars feberstadium. Hade dagen förut fallit från ett bord, men icke visat några tecken till ådragen skada efter fallet. Paraplegia inferior. Högra benet återtog sin rörlighet.

Den 23/11. Den *högra pupillen större än den vänstra.* Båda synas dock reagera lika, normalt för ljusintryck och ackommodation.

Dessutom *förlamning i vänstra benet med alla symptom af en poliomyelitis anter.* Det högra benet, som han synes röra ganska ledigt, ej fullt normalt: svaga senreflexer och tydlig degenerationsreaktion äfven här.

Följande fall n:r 41 tror jag ganska visst hafva varit en *infantil paralysi*, oaktadt förlamningen inskränkt sig till en *högersidig facialisparalysi.*

41. Gosse, W. E., 2 1/2 år, Westmannagatan 73. Insj. oktober 1887, observ. 18/4 88.

Hade i början af oktober mässling utan komplikationer och tillfrisknade fullständigt. Kort därefter märktes *plötsligt en morgon*, att gossen var *sned i ansiktet, kunde ej sluta högra ögat* och *drog munnen på sned åt vänster.*

Den 18/4 *88. Ingen snedhet märkbar, förr än man får barnet att skrika, men då sluter sig ej högra ögat, och munnen drager sig åt vänster. Ea R. Ingen affektion åt örat.* Barnet för öfrigt fullt friskt.

I följande fall torde förlamningens stora utbredning i kroppen förtjäna att framhållas.

42. Flicka, L. L., 7 mån., Drottninggatan 36. Insj. 20/11 observ. 23/11.

Två dagars feberstadium, hvarefter »*lam i hela kroppen*», *alla extremiteterna*, *bålen* (kunde ej vända sig i bädden eller sitta uppe), *nack- och halsmusklerna; hon kunde ej hålla hufvudet upprätt*. Rörligheten i armarna och hufvudet återvände snart, efter en vecka började hon röra något äfven på det vänstra benet.

Den 3/12. Armar och hufvud synes hon röra normalt. Kan ej vända eller vrida sig i sängen, ej sitta för sig själf. Högra benet slapt förlamadt, ömmar vid palpation af muskulaturen. Vänstra benet röres tämligen obehindradt. Ingen skilnad i benens konfiguration märkbar. Total frånvaro af kittel- och senreflexer på högra benet. Tydlig kittel- men svag patellarreflex på det vänstra. Bukreflex tydligare på vänstra än på högra sidan.

Elektrisk undersökning = partiel Ea R på vänstra benet, fullständig EaR på det högra.

6/12. *Symptom af vänstersidig pnevmoni.* Tillståndet dåligt. *Afhördes ej vidare förr än den 26 juni 1888. Förlamningen kvarstod i högra benet. För öfrigt fullt rörlig.*

Diagnos: *Paralysia infantilis, poliomyelitis anter. acuta.*

43. Flicka Th. A. E. P., 1 år 1 mån., Döbelnsgatan 43. Insj. 25/11, observ. 5/12.

Två till tre dagars feberstadium. Lam i *högra benet*. Det vänstra rör hon lifligt. Utbildad degenerationsreaktion i det högra benet, en antydan därtill äfven i det synbart friska vänstra benet. Barnet intaget en tid såsom extra å Allm. barnhuset.

Typisk poliomyelit anter. acuta.

Tillägg till 1887 års kasuistik. [1]

Mot slutet af epidemien år 1887 inträffade ett fall, som jag anser i viss mon ådagalägga, att den *akuta spinala paralysien hos fullväxta är identisk med den infantila paralysien i etiologiskt hänseende.*

En 21-årig kvinna insjuknade den 1 okt. i akut paralysi och dog efter 8 dagars sjukdom på medicinska kliniken å Serafimerlasarettet. Hon erbjöd under feberstadiet bilden af en nedifrån uppstigande paralysi, som slutade med en förlamning af respirationsmusklerna, men inga konvulsioner, ingen yrsel, ingen sopor, inga symptom från hufvudets nerver, hvilket alt iakttagits hos de aflidna barnen.

Vid obduktionen iakttogos inga makroskopiska förändringar i hjärnskålskaviteten, ej häller uti ryggmärgskanalen, inga förändringar i hinnorna och uti ryggmärgen endast hyperemi. Mjälten var slapp, dess pulpa skör.

Vid den mikroskpiska undersökningen af ryggmärgen [1] konstaterades en poliomyelitis anter. acuta med degeneration i hornens ganglieceller, men utan den intensiva inflammationen i grundsubstansen, som träffades hos barnen.

[1] Rissler a. st.

II. Sporadiska akuta fall åren 1888—1894.

För att sätta läsaren i stånd att bedöma frekvensen och arten af den infantila paralysi, som under vanliga förhållanden förekommer vid den pediatriska kliniken och polikliniken i Stockholm, skall jag meddela följande uppgifter från åren 1888—1894. Jag har utelemnat alla gamla fall och noga granskat journalerna, så att intet fall blifvit medräknadt mer än en gång. Vidare har jag uti hvarje journal noga tagit reda på tiden för det akuta stadiet och därefter ordnat fallen i den tidsföljd, i hvilken barnen sjuknat, på samma sätt som jag ordnat fallen i kasuistiken för år 1887. Resultatet af denna undersökning har blifvit följande:

1888. Februari *poliencephalit* 1, april *paralys. facial. et abducent.* 1, maj *paralys. spinal. et facial.* 1, *paralys. spinal.* 1, september *paralys. spinal.* 2, *poliencephalit.* 1 7

1889. Januari *paralys. spin.* 1, *poliencephal.* 2, april *paralys. spin.* 1, *poliencephalit.* 1, juni *paralys. spin.* 1, augusti *paralys. spin.* 1, *paralys. facial. bilateral.* 1, september *paralys. spin.* 1, december *paralys. spinal.* 1, *poliencephalit.* 1. . . 11

1890. April *paralys spinal.* 1, juli *paralysia spinal.* 3, november *paralys. spin.* 1, december *paralysia spinal.* 1 6

1891. Januari *polyneurit.* 1, *paralysia spin.* 1, februari *paralysia spin.* 2, april *paralysia spinal.* 1 (död), juli *paralysia spin.* 1, augusti *poliencephalit.* 1, *paralys. spin.* 1, september *paralys. spin.* 1 9

1892. Mars *poliencephalit.* 1, juli *paralysia spinal.* 1, november *paralysia spin.* 1, december *poliencephalit.* 1, *paralysia spin.* 1. 5

1893. April *paralys. spin.* 1, juli *poliencephalit.* 1, augusti *paralysia spin.* 1, *polyneurit.* 1, september *paralysia facial. et abducent.* 1, *paralysia facial.* 1, november *ataxia acuta* 1, december *paralysia spinal.* 1 8

1894. Maj *paralysia spinal.* 1, *poliencephalitis* 1, juni *paralysia spinalis* 1 3

Såsom vi se breda sjukdomsfallen ut sig tämligen jämt under de 7 årens olika månader, förekomma således sporadiskt utan att någon gång hafva visat tendens till en epidemisk utbredning. Ordnar man dessa fall, som tillsammans icke äro mindre än 49, efter den olika lokalisationen på nervsystemet i de olika fallen, så får man följande tablå:

paralysia spinal. 30,
paralysia spinal. + facialis 1,

paralysia facialis, monoplegia 1,
paralysia facial. bilateral., diplegia . . 1,
paralysia facial. et abducent. 2,
polyneuritis acuta 1,
ataxia acuta 1,
poliencephalitis acuta . . . . 11.

Det har varit frestande att redogöra något utförligare för en del af dessa fall, men jag har afstått därifrån. Jag har själf icke observerat mer än hälften af dessa fall; jag skulle således icke kunna taga med annat än enstaka sådana. Vidare har det mera sällan händt, att fallen kommit till kliniken i det akuta stadiet, och det är för detta, som vi nu intressera oss. Då de atypiska fallen uppträda sporadiskt, ligger icke häller deras samhörighet med den spinala, infantila paralysien i den öppna dag, som då de inträffa under en pågående epidemi, men det är denna samhörighet, som det gäller att bevisa, och för den skull måste jag hålla mig uteslutande till min erfarenhet från epidemierna.

III. **Epidemien år 1895.**

44. Gosse, S. L. P., 13 mån., Surbrunnsgatan 26. Insj. 16/3 1895, observ. första gången 17/4.

Feber, *kräkningar*, *konvulsiva anfall*, slö och dåsig, anorexi, *somnolens*, *kunde ej röra sig*, *vindade med ögonen*, andades häftigt, blef *sned i ansiktet* samt *lam i vänstra armen* och *vänstra benet; det akuta stadiet varade 8 dagar*. Blef sedan bättre så småningom, så att han *den 17 april* icke vindade med ögonen längre, *vänstra ögat* kan dock *icke föras fullt utåt*, var något paretisk i vänstra armen, men endast obetydligt i vänstra benet; obetydlig pares i vänstra facialis; stegrade senreflexer; *vanliga symptom af en vänstersidig cerebral förlamning. Den 23 augusti* fortfarande symptom af vänstersidig, spastisk hemiplegi. I journalen står intet antecknadt om koreatiska eller atetosrörelser.

Diagnos: *poliencephalitis acuta + pares nerv. abducentis sin.*

Detta fall observerades första gången på pediatriska kliniken af prof. WÆRN och af mig icke förr än den 23 augusti.

45. Gosse, N. K., 2 år 3 mån., Rådmansgatan 77. Insj. 23/3, observ. 6/4.

Insjuknade *den 23 mars* i *feber*, kräkningar, hufvudvärk; *följande dag* tycktes han *bra*, *gick uppe*, märktes endast, att *vänstra benet ville vika sig under honom*, till dess att han *på aftonen åter*

fick *feber* och kräkningar, hvarefter *vänstra benet* blef *fullständigt förlamadt. Nackstyfhet. Den 25 mars* var äfven *högra benet förlamadt.*

Typisk infantil paralysi med paraplegia inferior.

46. Gosse, B. A., 1 år 11 mån., Finnsta Skedevid församl. Insj. 24/6, observ. 22/7.

Sjuknade den 24 juni. 4 dagars feberstadium; *vanlig poliomyelitis anterior acuta* med förlamning och atrofi uti en stor del af högra benets muskler.

47. Flicka, E. K., 4 år, fr. Brännkyrka församl. i närheten af Stockholm. Insj. 12/7, intogs på Barnsjukhuset den 15/7. Journalen förd af med. kand. AUG. KULLBERG.

Insjuknade *plötsligt* vid middagstiden *den 12 juli* i *hufvudvärk, smärtor i armar och ben, kräkningar, på eftermiddagen förlamad i benen, d.* 15/7 *förlamad i armar och ben, kan på intet sätt* flytta på sig eller *röra sig själf i sängen; smärtor i hela kroppen, särskildt vid beröring; slö och likgiltig.* Måste tappas på grund af *urinretention.* Lavemang. Temp. på aftonen 38,2°.

16/7. Under natten *anfall af andnöd, rosslande respiration, näsvingarna rördes.* Temp. 37,5—38,1.

17/7. *Andnöden fortfar,* resp. påskyndad, resp.-ljudet flåsande (ej bronkielt), *rosslande (oedema pulmonum);* hjärttoner kunna ej uppfattas för rosslets skull; *pulsen* jämn *123.* Temp. 37,3—38,1—37,7.

Smärtor i hufvudet, pannan och bakhufvudet; öfver hela kroppen *mycket känslig, skriker af smärta vid lättaste beröring,* orkar ej länge ligga på samma sida men förmår ej själf ändra läge, *kan i dag röra något på vänstra armen* och *vrida på hufvudet.*

18/7. S. T. Temp. 37—37,4. Ingen öppning. Lavemang.

19/7. I dag *något kryare, behöfver ej längre tappas, vänstra armen* synes fullt rörlig. Temp. 36,9—37,5.

Förbättrades sedan, så att hon den 23/7 *började leka* något och *tala med omgifningen. Andas lättare utan rossel i lungorna* men dock något flåsande och med rörelse på näsvingarna; hjärtljuden hörbara, rena, puls 125.

24/7. *I går afton orolig, anfall af andnöd, liknande anfallet den 16 juli,* men nu *snart bättre;* anfallet upprepades ej under nattens lopp.

25/7. Antecknades *ett utförligare status præsens.* Måste fortfarande hafva hjälp vid ändring af läge; *ansiktsuttrycket lidande; blicken slö, huden* oftast *svettig; hufvudvärk; kliande smärtor i benen, i synnerhet det vänstra* samt *i vänstra armen;* lynnet dåligt; *hyperestesien mestadels försvunnen;* ömmar då hon skall hjälpas i sittande ställning; *sensibiliteten i nedre extremiteterna betydligt nedsatt, känner där ingenstädes lätt beröring, hård sådan förnimmer hon endast i låren; i underbenen* tyckes hon vara *fullkomligt känslo-*

lös. Sensibiliteten bibehållen å abdomen, torax och å öfre extremiteterna. Förmår ej själf sätta sig upp, ej lyfta benen eller ändra deras läge; *vid passiva rörelser* med benen *markeras smärta;* den *vänstra armen* nu fullt *rörlig, den högra rör hon dåligt,* böjer den till höjden af mamillen; *fingrarna rör hon bra. Reflexerna borta. Hufvudets rörelser långsamma, försiktiga.* Ingen facialisförlamning.

Högra halfvan af bålen tydligen *paretisk, högra bröstkorgshalfvan utbuktad, deltager föga i resp.-rörelserna,* andningen kostoabdominel, 40 i minuten, näsvingarna röras något fortfarande; hjärtat utan anmärkning; *vid rygglåge* är *kroppen* något *krökt* eller *hopdragen åt vänster,* buken något utspänd; *då barnet gör en ansträngning, märkes att endast bukmusklerna på vänstra sidan sammandragas,* hvarvid *högra bukhalfvan* blir *mera prominerande.* Sömnen dålig. *Afföring nu normal (förut endast efter lavemang).* Urinering obehindrad (måste i början tappas). Urinen fri från albumin och socker.

31/7. *Puls 100,* ojämn, *oregelbunden.* För öfrigt samma tillstånd.

1/8. *Pulsen* i dag *jämnare.* Flickan *kan, ehuru med svårighet, hålla hufvudet upprätt,* då man håller henne i sittande ställning.

2/8. Kan i dag föra högra handen till näsan, men har dock ringa rörlighet i axelleden. *Andningen* är nu *lugnare* och jämn, 39 i minuten, *dock röras näsvingarna något ännu, pulsen jämn,* 100.

5/8. Oförändrad.

6/8. *Pulsen i dag* åter något *ojämn* 110. *Högra armen* något *bättre. Sensibiliteten i nedre extremiteterna* har småningom *återvändt,* hon *känner* nu *lätt beröring äfven i underbenen* och anger riktigt beröringsstället.

10/8. Lyfter och rör hufvudet bättre än förut; kan röra tårna på högra foten. Puls jämn.

Under augusti och september månader förbättrades barnet endast så till vida, att hon kunde själf vända sig i sängen från rygg- till sidoläge, kunde kröka något på vänstra benet, men erbjöd i öfrigt *vid utskrifningen den 15 oktober alla de vanliga symptomen* af en *infantil paralysi i båda undre extremiteterna samt i högra skuldrans och öfverarmens muskler* (slapphet, atrofi, kyla, cyanos, degenerationsreaktion, bibehållen sensibilitet o. s. v.).

I detta nu skildrade fall, där slutresultatet blef en typisk atrofisk spinal infantil paralysi, visade sig *under det akuta stadiet* åtskilliga symptom, som förtjäna att framhållas, såsom *urinretentionen* och *förstoppningen,* som varade den förra *flere dagar,* den senare öfver *en vecka,* den anfallsvis påkommande *andnöden* med lungödem, tydligen beroende på en förlamning i respirationsapparaten, *hela högra sidan af bålen förlamad, pulsen* vissa dagar i början af det afebrila stadiet *oregelbunden* samt slutligen de *högst betydliga sensibla rubbningarna,* i början af

det akuta stadiet en betydlig *hyperestesi* eller rättare *hyperalgesi*, som *gaf vika* efter något mer än en vecka och *lemnade* i de nedre extremiteterna *rum för en lika påfallande som ovanlig anestesi*, i underbenen fullkomligt känslolös, varande denna anestesi dock öfvergående, så att barnet efter omkring 12 dagar hade återfått känseln äfven i underbenen. De kliande smärtor i benen, hvarom flickan talade, tydde jag som parestesi.

Då man såg detta barn efter tre månaders sjukdom, kunde man ögonblickligen se, att hon gått igenom en mycket svår infantil paralysi med en intensiv poliomyelitis anterior acuta. Men det är lika klart, att under det akuta stadiet voro äfven andra delar af nervsystemet angripna, och fäster jag i detta fall särskildt uppmärksamheten på de intensiva sensibla rubbningarna, som antagligen berott på förändringar i de perifera nerverna, hvadan jag betraktar detta fall såsom en *polyneuritis acuta + poliomyelitis anterior acuta.*

48. Gosse, A. T., 6 år, Linnégatan 45. Insj. $^{15}/_{7}$, observ. $^{2}/_{12}$.
Tre dagars feberstadium. Paraplegia infer.
Typisk *spinal infant. paralysi.*

49. Gosse, G. R. J., 7 år 9 mån., fr. Stockholm. Insj. $^{17}/_{7}$, obs. $^{17}/_{8}$.
Insjuknade den 17 juli med feber och kräkningar. Hastigt öfvergående feberstadium. I början lam i båda benen, nu endast eller åtminstone hufvudsakligen i det högra.
Alla de *vanliga symptomen af en infantil paralysi.*

50. Gosse, C. G. S., 1 1/2 år, fr. Stockholm. Insj. $^{27}/_{7}$, observ. $^{2}/_{8}$.
Insjuknade den 27 juli med feber och kräkningar, somnolens o. s. v. utan andra mera sällsynta symptom under feberstadiet än *ryckningar i kroppen, i armar och ben* samt *rullande med ögonen.* För öfrigt det vanliga förloppet vid en *poliomyelit. anter. acuta* med förlamning *hufvudsakligen i högra benet.*

51. Flicka, A. E. S., 3 år 7 mån., Linnégatan 45. Insj. $^{1}/_{8}$, obs. $^{26}/_{10}$.
Sjuknade i början af augusti, blef *styf i nacken; tre dagar efteråt* började hon en natt *jämra sig*, kändes *feberhet*, var *öm, så att modern ej kunde taga i henne, värst å benens baksidor;* flickan *kunde hvarken stödja på benen eller sitta*, armarna rörde hon obehindradt. Efter en vecka kunde hon sitta uppe i sängen, lärde sig sedan att krypa och försökte i midten af september att gå, men var ännu då klen i båda benen. Vänstra benet bättrade sig; det högra var och förblef svagt.
$^{26}/_{10}$. *Vanlig infantil paralysi* i nedre extremiteterna, mest i högra benet, mindre i det vänstra.

52. Gosse J. H., 5 mån., Vanadisvägen 17. Insj. 17/8, observ. 21/8.

Paraplegia inferior med *typiska symptom* af en *föregående poliomyelit. anter. acut.*

53. Flicka, L. K., 1 år 10 mån., Nybrogatan 15 A. Insj. 20/8, observ. 7/9.

Den 20 aug. *feber, små ryckningar i vänstra armen*, på kvällen *svaghet i vänstra benet*, som nästa dag var fullständigt förlamadt. Bättring har sedan inträdt.

7/9. Anmärktes *pares*, kyla, cyanos, atrofi *i vänstra benet*, men *patellarreflexen* bibehållen, *kanske förstärkt.*

Vi se genast det atypiska i det föregående fallet, en vanlig infantil spinal paralysi i vänstra benet med bibehållen (ja förstärkt?) patellarreflex. På samma gång ser man den ovanliga uppgiften, att i det akuta stadiet hade förekommit ryckningar endast i ena armen, den vänstra. Kan här hafva funnits en lindrig öfvergående *poliencefalit* jämte *poliomyeliten?*

54. Gosse, H. A. Söderberg, 3 år 1 mån., Vestmannagatan 40. Insj. 25/8, observ. 2/9.

Ur den af Med. Kand. SETTERBLAD på polikliniken förda journalen meddelas följande:

Insjuknade med *stark feber, oro* och *kinkighet*, sof obetydligt, korta stunder; (hade förut talat tydligt och bra) *började tala otydligt, hest; rörde sig* fritt *i början*, inga ryckningar i extremiteterna; *darrade på benen* vid eller efter försök att gå. *Efter några dagar mera dåsig*, ville gärna sofva, *vägrade att gå*, emedan det *gjorde ondt i benen; klagade och jämrade sig, då man rörde på honom; afföring trög, ej på tre dygn.*

2/9. Förefaller litet *dåsig*, vill gärna ligga stilla och sofva, *smärtor då han röres, vill ej sitta upp*, ej häller ligga på höger sida; *kan röra extremiteterna*, men det tyckes *ej* vara *med full kraft.* Då han *tvingas att gå, jämrar han sig, går med svårighet*, liksom *raglar* efter modern, då hon går före. Markerar *ej direkt ömhet* öfver några nervstammar, i muskler eller i ledgårgar. *Patellarreflexer upphäfda, muskler reagera ej för faradisk ström.* Han är nu något *kallare om nedre extremiteterna än om kroppen i öfrigt.*

7/9. *Mindre sömnig*, för öfrigt som förut; *patellarreflexer nu tydliga, liksom andra reflexer. Afföring fortfarande trög.*

11/9. Som förut, *kanske något bättre, gången paretisk*, med *dragning åt spastiska rörelser. Patellarreflexer kunna* i dag *ej framkallas.*

16/9. Allmänna tillståndet *bättre, gången bättre; ingen atrofi märkbar. Patellarreflex på högra sidan liflig, kan ej framkallas på den vänstra sidan.*

23/9. *Gången* bättre, *stadigare*, dock *obetydliga* symptom af *svaghet i högra benet. Patellarreflexer tydliga å båda sidor, något starkare på den högra.*

30/9. *Knapt märkbar pares i högra benet.*

16/10. *Går fullkomligt bra. Frisk.*

Diagnos: *Paralysia infantilis*, sannolikt en *polyneuritis acuta.*

Det lider intet tvifvel, att vi här haft att göra med en infantil paralysi med symptom, påminnande om dem i åtskilliga fall under epidemien 1887. Hade jag ej varit i tillfälle att följa detta fall från början till slutet, icke skulle jag, sedan barnet var friskt, med någon säkerhet kunna hafva satt diagnosen på en infantil paralysi. Darrningar, smärtor, pares med öfvervägande ataxi, upphäfda senreflexer och faradisk retbarhet, och alt till full hälsa på mindre än två månader synes mig tala för *polyneuritis.*

55. Gosse, E. J., 3 år 7 mån., Dalagatan 3. Insj. 4/9, observ. 9/9.

Alltid varit något klen, hade för två år sedan pnevmoni och därefter kikhosta. Föräldrar och syskon friska.

Började 4/9 klaga öfver *hufvudvärk, ondt i halsen, hängsjuk.*

Försämrades under de följande dagarna, blef *somnolent* och tilltog somnolensen altmer. Det syntes modern osäkert, om han kände igen omgifningen. Den 8/9 tillkommo *häftiga*, starka *skrik.* Inga konvulsioner. Inga kräkningar.

9/9. Somnolent, ej kollaberadt utseende. *Skriker* emellanåt *såsom af smärta, i synnerhet då man söker vända honom.* Han *slår omkring sig* ibland med armarna *med osäkra rörelser*, ligger med *benen något uppdragna*, rör äfven dem oroligt, då han ligger, men *kan ej gå, ej stödja på benen. Nacken* håller han gärna *bakåtböjd* men *rör ibland obehindradt på hufvudet. Ingen hudhyperestesi.* Blicken i allmänhet stirrande, uttryckslös. Om han väckes, fixerar han föremål. Ingen strabism. Pupillerna likstora. Han *kan ej fås att tala eller svara.* Ordinerades 5 mgm morfin till natten.

10/9. Temp. 38,2—38,6. Haft någon ro under natten. I dag *ryckningar i tungan* samt *koreatiska rörelser på högra armen.* För öfrigt som i går. (Observ. i hemmet af dr N. BELLANDER).

11/9. Temp. 37,7—39°. Har i natt haft ett *anfall af allmänna konvulsioner.* I dag *nystagmus, ryckningar* i ena[1]) mungipan och underkäken, nacken bakåt, *sträckkramp i extremiteterna, mycket somnolent* men tillika *mycket orolig*, skriker och kastar sig som förut. *Kan* tydligen *ej tala.* Pulsen jämn. Ingenting abnormt från huden, från öronen, från lungorna eller andra inre organ. Svalget rodnadt. *Ingen afföring.*

[1]) Ej antecknadt hvilkendera. Modern vill påminna sig, att det var den vänstra, men detta är ej att lita på.

12/9. *Afebril. Mindre orolig, mindre somnolent. Svarar ja och nej, om än otydligt. Blicken osäker. I dag ingen nystagmus.* Ryckningarna i ansiktet och tungan minskade. En liten öppning efter ricinolja.

13/9. Fortfarande afebril.

Under de följande dagarna upphörde somnolensen, och barnet blef betydligt lugnare. Ryckningarna i ansiktet och tungan upphörde. Däremot visade sig en *strabismus convergens*, af hvad slag omöjligt att afgöra i följd af barnets rädsla. Talförmågan återkom mer och mer för hvarje dag, så att han den

18/9 *talade begripligt, ehuru otydligt och långsamt.* Faller lätt i gråt, tyckes *fri från smärta.* Förstår tilltal. Har återfått minne. Kan leka stundtals. *Fattar med händerna ganska bra* men *darrar möjligen.* Han *kan ej gå* för sig själf, *behöfver stöd* med båda händerna och *faller det oaktad lätt omkull.* Benens rörelser mycket *stapplande. Patellarreflexer* på ömse sidor *stegrade. Fotclonus* Mekaniska retbarheten ökad i muskulaturen på såväl armar som ben. *Ingen hyperestesi.* Har haft diarré ett par dagar. För öfrigt intet abnormt från inre organ. (Observ. i hemmet af amanuensen, dr BELLANDER).

00/9. *Betydligt förbättrad,* enligt moderns åsikt *leker* han och *talar såsom förr; ingen strabism, ingenstädes atrofi eller temperaturnedsättning märkbar,* armarnas rörelser fullt obehindrade; *gången ännu osäker, stapplande;* men äfven denna förbättrades så att den

11/10, då jag sista gången såg gossen, *gick han fullkomligt obehindradt* och var *fullt frisk.*

20/11. Fortfarande frisk, gången felfri. Patellarreflexer lifliga (möjligen något förstärkta). Observation i hemmet af dr BELLANDER.

Diagnosen i detta fall kan jag med all säkerhet sätta till *poliencephalitis acuta.*

Då jag första gången såg gossen E. J. den 9 september efter 4 à 5 dagars sjukdom, tvekade jag mellan meningit och poliencefalit. Det fans ingen hållpunkt för en bestämd diagnos. De symptom, som sedan visade sig, och det förlopp, som sjukdomen antog, visade klart, att vi hade ett fall af poliencefalit framför oss, ehuru med mycket ovanliga yttringar. En blick på sjukhistorien i sin helhet säger oss genast, att detta kan icke hafva varit en cerebro-spinal meningit (om en tuberkulös sådan kan ju icke bli tal). Jag har åtminstone aldrig sett ett sådant fall af meningit, och jag har en icke ringa erfarenhet utaf den sjukdomen hos barn. Ett så kort feberstadium (räckte i 8 dagar såsom vanligt vid den infantila paralysien) med symptom af ganska betydliga rubbningar i hjärnbarken, djup somnolens, stor oro, oredighet; de mot slutet af feberstadiet uppträdande motilitetsrubbningarna, ryckningar,

inkoordination, förlamningar den hastiga förbättringen af det allmänna tillståndet, sedan febern upphört, den därefter kvarstående ganska betydliga cerebrala förlamningen i de nedre extremiteterna, alt detta lemnar intet rum för tvifvel om fallets rätta natur. Kommer så härtill, att det inträffade under en tid, då den infantila paralysien var gängse bland barn i Stockholm.

Detta fall bevisar, att den akuta poliencefaliten icke alltid håller sig uteslutande till ena sidan med sin hemiplegiska form, utan att de motoriska centra i hjärnbarken kunna angripas i lika hög grad på båda hemisfärerna, på samma sätt som de motoriska kärnarna i ryggmärgen mycket ofta angripas på ömse sidor.

56. Flicka, E. A. P. S. 5 år 9 mån., från Stockholm. Insj. 6/9. Observ. 11/9.

Ur den af kand. M. Janson förda journalen anföres i korthet följande: föräldrar och syskon friska, har haft kikhosta och mässling för längre tid tillbaka, mässlingen vid jultiden förra året. Har på senare månaderna haft symptom af dyspepsi och anemi.

Sjuknade plötsligt fredagen den 6 sept., hade dagen förut varit mycket ute, modern antog, att hon då hade förkylt sig. Började att klaga öfver *allmänt illamående* och *kväljningar*, ville upprepade gånger kräkas, var påklädd, men *låg hälst på sängen*; åt föga, *ingen afföring*, urinering fri.

Påföljande dag hade kväljningarna upphört, hade *ondt i hufvudet, i ryggen* och *i sidorna;* för öfrigt samma tillstånd.

På söndagen kändes hon *het*, var rödflammig i ansiktet, *låg till sängs*, hade *ingen aptit, ingen afföring;* för öfrigt som förut, kunde själf gå upp och kasta sitt vatten.

På måndagen starkare feber, talade i yrsel, ville oupphörligt upp för att *urinera, men oftast utan resultat. Då man tog i henne gallskrek hon, vid försök att ställa henne spjärnade hon emot, benen böjdes hit och dit, kastades öfver hvarandra* o. s. v., *kroppen spändes och vreds åt ömse sidor, på samma sätt armarna, dock mest den vänstra, den högra hölls relatift stilla. Äfven i liggande ställning uppträdde liknande rörelser. Var mycket dåsig, ryckningar i armar och ben äfven under sömnen.*

På tisdagen sned i ansiktet, munnen drogs öfver *åt höger;* för öfrigt som förut; *ingen afföring. Natten till onsdagen* blef hon *lugnare* och helt *hastigt* mycket *bättre, ryckningarna upphörde*, hon *kunde stå på benen*, var *fullt redig*, såsom modern tyckte.

Onsdagen den 11 sept. intogs hon på *Barnsjukhuset.* Var *afebril, kunde gå obehindradt*, hade *inga ryckningar utom kring munnen*, där en *antydan till sådana* observerades dagen därpå den *12 september*, då tillika antecknades, att den *vänstra armen möjligen var något svagare än den högra. Inga patellarreflexer* kunna

framkallas. *Vänstra pupillen större än den högra. Vänstersidig facialispares. Tungan devierar åt vänster. Afföring först efter lavemang.* Orolig, gråter, längtar hem.

14/9. *Lugnare, afföring spontant både igår och idag.*

Stat. præsens 14—15 sept.: *Liflig* och vid *godt humör; minnet godt utom för tilldragelserna under de närmast föregående dagarna af sjukdomen.* Normal kroppsbyggnad, *godt hull, god aptit, afföring nu normal, sömn god. T. 37—36,5. Puls 134.* Ögonens ställning och rörelser normala; *vänstra pupillen större än den högra;* båda *reagera för ljus och ackommodation.* Vänstra ögonspringan mera öppen än den högra, kan ej fullständigt slutas, *hela vänstra ansiktshalfvan deltager obetydligt i mimiska rörelser; munnen drages öfver åt höger; tungan devierar* vid framsträckning *åt vänster,* tuggningsrörelser normala. *I sensibiliteten kan ingen förändring* påvisas. *Vid aktiv rörelse* af hufvudet *med motstånd* tyckas *vänstra sidans mm. sterno-cleido-mastoid.* och *cucullaris spänna sig mindre på vänstra sidan än på den högra. Armarnas och benens rörelser synas normala, går obehindradt, sensibiliteten normal, patellarreflexen nedsatt på höger sida, upphäfd på den vänstra; kubitalreflexer otydliga, något starkare på högra än på vänstra sidan.*

Inga atrofier eller vasomotoriska rubbningar.

Från bröstet och buken intet abnormt. Blåsan och rectum funktionera normalt. Urin utan ägghvita eller socker.

16/9. *Facialisparesen minskad; pupillerna nästan lika stora;* patellarreflexen starkare på höger än förut, kan stundom framkallas äfven till vänster.

17/9. Patellarreflexer i det närmaste lika starka på båda sidor.

21/9. *Patellarreflexer normala. Facialisparesen betydligt minskad, tydlig* ännu *i öfre grenen; tungan devierar föga* vid utsträckning.

28/9. *Pareserna ytterligare minskade.*

7/10. Utskrifven i dag. *Endast i öfre facialisgrenen ringa grad af pares märkbar. För öfrigt fullt frisk. Reflexer normala.*

Diagnos: paralysia infantilis, poliencephalitis acuta, paresis nn. oculomotor. sin. (sphincter. pupill.), facialis sin., hypoglossi sin. et accessor. sin.

Diagnosen i detta nu relaterade fall är ju lätt, så till vida att barnet haft en infantil paralysi med den nyss nämnda, om än mycket ovanliga gruppen af förlamningar. Symptomen af en poliomyelitis anterior spinalis äro i detta fall mycket obetydliga. Endast nedsättningen, respektive försvinnandet för en kort tid af kubital- och patellarreflexerna på vänstra sidan tala härför. Den starka yrseln, det orediga talet, den betydliga somnolensen och de ovanligt intensiva ryckningarna i hela kroppen och dess extremiteter, hvilka fortforo ett par dygn under feberstadiet, tyda däremot med all möjlig sannolikhet på en *poliencefalit under det akuta stadiet.*

Då jag genom tidigare observationer och genom iakttagelser efter döden, är fullt säker på, att kärnarna i pons och medulla oblongata afficieras vid denna sjukdom, anser jag den väl begränsade gruppen af förlamningar, som stod kvar en tid under konvalescensstadiet, bäst kunna förklaras genom en affektion af facialis-, hypoglossus-, och accessorius-kärnarna på vänster sida, således en öfvergående vänstersidig akut bulbärparalysi. Några mycket obetydliga förändringar i oculomotorii kärne ligger närmast till hands att förklara den öfvergående utvidgningen af vänstra pupillen.

När man tänker på den intensiva hyperalgesien (hon gallskrek, när man tog i henne), måste man medgifva, att *icke häller de sensibla nerverna gått fria från påverkan af sjukdomen i detta fall.* Lägges härtill, att patellarreflexerna i början af konvalescensen voro försvunna, så håller jag för sannolikt, att vi i detta fall haft utom *polienceph alitis acuta* och *poliomyelitis bulbi* äfven en *polyneuritis acuta.*

57. Flicka, A. M. G., 2 år 9 mån., Rådmansgatan 20. Insj. 8/9. Observ. i hemmet från den 13/9 af förste assistenten vid pediatriska polikliniken, dr F. SVENSSON, af mig den 21/9 på polikliniken.

Sjuknade *plötsligt den 8 september* med *feber* och *kräkningar. Var sedan förstoppad i två dygn, men för öfrigt bra till den 12 sept.* på eftermiddagen, då *hon blef het* och *orolig, påföljande dag låg hon,* hade *ondt i halsen, värk i högra stortån, kunde gå,* men hade *darrningar i högra sidans extremiteter,* blef *på kvällen* tydligen *lam i både armen och benet på höger sida,* men gjorde dock *inkoordinerade rörelser* (enligt Dr F. SVENSSON). *Suckade ofta, rodnade upp på kinden,* var *somnolent* och *öm i hela kroppen, jämrade sig, då hon skulle kasta vatten.*

14/9. *Fortf. feber. Sluddrar på målet* (har talat bra förut), *förväxlar enstaka lätta ord. Reflexer normala. Svårt att taga med högra handen,* hvars *rörelser äro osäkra, släpar högra benet. Ingen öppning från söndag till torsdag.*

18/9. *Feberfri. Åter på benen, sprang nästan som förut. Reflexerna i högra armen och benet förstärkta* (dr SVENSSON). *Talade redan i går såsom förr* och *i dag märkes ingen osäkerhet i högra armen.*

21/9. *Haltar nästan omärkbart på sitt högra ben, där patellarreflexerna äro förstärkta. För öfrigt frisk, frodig, språksam.*

Efter någon tid fullständigt symptomfri och frisk.

Diagnos: *paralysia infantilis, h. e. poliencephalitis acuta.*

Tydligare än i föregående sjukdomsfall kan bilden af en poliencephalitis acuta knappast vara, ehuruväl de motoriska rubb-

ningarna så fullständigt försvunno. Hade icke assistenten, dr SVENSSON, som visste, att vi hade en epidemi af infantil paralysi i Stockholm och förstod att bedöma fallets natur, fått se barnet i hemmet, är det nog möjligt, att det aldrig blifvit rätt diagnosticeradt; ty den som fick se barnet två veckor efter dess insjuknande behöfde en stor erfarenhet för att leta sig till, att barnet varit utsatt för en sjukdom, som i andra fall kan medföra så ödesdigra följder.

58. Gosse, K. E. L., 3 mån., Brunkebergstorg 2. Insj. 16/9. Observ. 16/10.

Efter att förut varit somnolent en dag, märktes en morgon, den 16 september, att bägge benen voro förlamade. Det vänstra förbättrades i någon mon.

16/10. *Infantil paralysi med vanliga symptom af en poliomyelitis anter acuta.*

59. Gosse, G. A. J., 9 mån., Tyska skolgränd 8. Insj. 16/9. Observ. 16/10.

Två dygns feberstadium med djup somnolens i midten af sept. »*kunde icke röra sig als, då han vaknade upp*». *Rörligheten återvände* så småningom i kroppens alla delar utom *i musklerna kring vänstra skuldran, öfverarmen* och *supinator longus*, där man den 16/10 finner *de vanliga symptomen, atrofi, pares o. s. v., af den infantila paralysien.*

60. Flicka, S. J., 1 år 9 mån., Flemminggatan 15. Insj. 16/9. Observ. 30/9.

8 dagars feberstadium. Vanliga symptom af *infantil paralysi, poliomyelit. anter. acuta* med *utbredd* kvarstående *förlamning i högra benet, mindre i det vänstra.*

61. Gosse, E. G. S., 2 år 9 mån., Åsögatan 107. Insj. 20/9. Observ. 25/9.

Hade pnevmoni 3 juni. Barnet, som insjuknat i *difteri* fördes *den 21 augusti* till Epidemisjukhuset, där trakeotomi samma dag utfördes. Utskrefs *den 11 september frisk*, med undantag däraf att han fick hosta, då han skulle svälja flytande föda, men detta gick öfver inom en vecka, så att gossen föreföll fullkomligt frisk, då han den 20 september plötsligen blef lam i högra armen utan att något illamående i öfrigt observerades hos honom.

25/9. Högra armen hänger slapp, kan ej böjas i axel- eller armbågslederna. Fingrarna hafva återfått tämligen god kraft. Ingen förlamning för öfrigt. Ögonen och svalget normala.

27/11. Handens rörlighet betydligt förbättrad.

4/12. *Förlamning och atrofi i deltoideus, öfverarmen och supinator longus* kvarstå. Ingen kontraktion i deltoideus för faradisk ström. Underarmens öfriga muskler bra.

7/12. Samma tillstånd. Intages på Barnsjukhuset.

Gossen hade visserligen haft difteri en månad före förlamningens uppträdande, men han var fullkomligt återstäld och hade inga tecken till någon difteritisk förlamning, då åkomman i högra armen plötsligt inträffade. Förloppet och gossens närvarande tillstånd tala med all säkerhet för en *infantil paralysi efter en poliomyelitis anter. acuta cervicalis.*

62. Gosse, N. A. 10 mån. Tanto sockerbruk, insjuknade en af de sista dagarna i september. Observ. 13/12.

Föräldrar och en bror friska; en syster döfstum efter en exantematisk feber i späd ålder.

En abscess vid anus, som opererades i slutet af september under kloroformnarkos. Dagen efter operationen märktes, att barnet var lamt i bägge benen, i synnerhet i det högra. Intet feberstadium märkbart.

Barnet skulle vid 5 månaders ålder hafva haft hjärnfeber, som varade en eller annan vecka (?). Blef fullständigt återstäld.

Nu lam och atrofisk i båda benen, i synnerhet i det högra med alla symptom af en *vanlig infantil paralysi.*

63. Gosse, G. O. N., 1 år, Tulegatan 41 och 42. Insj. 1/10. Observ. 16/10.

En dags feberstadium med ömhet och *slapphet* (*förlamning*) *både i extremiteter, bål- och halsmuskulatur.* Företedde *den 16 oktober* en nästan *fullständig paraplegia inferior efter en poliomyelit. anter. acuta.*

64. Gosse, J. G. M. L.; 6 år, från landet. Insj. 6/10. Observ. första gången 5/11.

Ur den af med. kand. HOVING förda journalen lemnas följande korta utdrag:

Trött och *mindre liflig ett par dagar förut,* 6/10 orolig, värk i magen, 7/10 *lam i högra benet;* 9/10 *kontraktur* i högra knäet, *smärtor vid försök att räta ut benet; svag äfven i vänstra benet, kontraktur och smärta vid sträckning,* ömmar i synnerhet i knävecken. Låg stilla, smärtfri, om han ej rubbades. För öfrigt inga sjukliga symptom. Fortfor så 14 dagar, hvarefter förbättring inträdde.

5/11. *Frisk för öfrigt i alla hänseenden men kan icke als röra högra foten* eller dess tår, kan *ej stödja på benet, smärtar vid sträckning, ömmar vid palpation öfver insidan och baksidan af låret. För öfrigt vanliga symptom af infantil paralysi.* Någon svaghet i vänstra benet, men där äro reflexer och den elektriska retbarheten normala.

15/11. Något förbättrats dag från dag. *Ömheten betydligt minskad, rörligheten ökad, kan stödja på sitt högra ben men ej stå för sig själf.*

Diagnos: *Paralysis infantilis, poliomyelitis anterior acuta, polyneuritis.*

Öfversikt.

I. Om etiologien.

Sedan länge hade jag varit öfvertygad om, att den infantila paralysien var en akut infektionssjukdom, på grund af det akuta stadiets symptom och förlopp. Däremot hade min egen erfarenhet aldrig gifvit mig anledning förmoda, att denna sjukdom skulle kunna uppträda, liksom de flesta andra akuta infektionssjukdomar, uti mera utbredda epidemier. Visserligen kände jag redan 1887 berättelser om en antydan till epidemiskt uppträdande af den infantila paralysien. Den förste, som hade fäst min uppmärksamhet härpå, var provinsialläkaren doktor BERGENHOLTZ i Umeå, som någon gång berättat, att han år 1881 uti sitt distrikt i Norrbottens län sett 13 fall af infantil paralysi under juli—november månader.[1]) En annan uppgift om ett epidemiskt uppträdande af infantil paralysi finnes angifven af SEELIGMÜLLER[2]) uti hans omfattande monografi öfver sjukdomen. Det heter där, att COLMANN (London med. gazette 1843, p. 143, citirt bei VOGT s. 50) på ett område af några få engelska mil inom 3—4 månader sett 17 fall hos barn under 2 år. Jag har ej varit i tillfälle att se, huru VOGT citerat uti Schweizer. Monatsschr. f. prakt. Med., årgång 1857—58, men såsom notisen återgifves af SEELIGMÜLLER är den i högsta grad oriktig. Det ursprungliga meddelandet finnes uti American journal of the med. sciences, new series, vol. 5, 1843, sid. 248, och är härifrån ordagrant återgifvet uti London med. gazette. Iakttagaren hette icke COLMANN utan G. COLMER. Han hade ingalunda sett 17 fall, utan blott ett enda (!). Det var mot slutet af 1841 vid ett besök uti »the parish of West Feliciana, La, U. S.», som COLMER såg ett barn omkring ett år gammalt »then slowly recovernig from an attack of hemiplegia». Det var föräldrarna till detta barn, som berättade för mr COLMER, att inom några få mils omkrets 8—10 andra fall af hemiplegi eller paraplegi förekommit under 3—4 månader, alla hos barn under 2 år. COLMER anser tandspryckningen vara orsaken och kallar sjukdomen »paralysis in teething children». Huru knapphändigt COLMERs meddelande

---

[1]) Uti den skriftliga berättelsen till Medicinalstyrelsen finnas upptagna 3 i juli, 10 i augusti, 4 i oktober och 1 i november, alltså 18 tillsammans. Kanhända att icke alla dessa 18 varit akuta fall. D:r B. nämner ingenting därom i texten till den tabellariska rapporten.

[2]) Gerhardt Handbuch d. Kinderkr., bd 5, I, s. 100.

än är, synes det dock sannolikt, att en liten antydan till en epidemi af infantil paralysi förekommit uti Amerika 1841.

Af större betydelse är den intressanta observation, som CORDIER meddelat uti Lyon médicale 1888, LVII, 5, 48. Uti ett mindre samhälle i närheten af Lyon insjuknade inom loppet af två månader, juni—juli 1885, 13 barn, af hvilka 4 afledo uti det akuta stadiet. CORDIER såg icke något af dessa sjukdomsfall under det akuta stadiet; han såg således häller aldrig något af de barn, som afledo af sjukdomen. Det var först ett år efteråt, som C. fick reda på, att flere fall inträffat vid ofvan nämnda tid i Saint-Foy-l'Argentière och då undersökte de kvarlefvande och uppsamlade berättelserna om dem. I sin observation ser CORDIER ett bevis för sjukdomens infektiösa natur och betonar detta mycket kraftigt.

LEEGAARD [1]) har fäst uppmärksamheten på 9 sjukdomsfall, som inträffade i staden Mandal (Norge) och dess omgifning under juli—sept. 1886. D:r OXHOLM hade observerat 5 af dessa fall, andra läkare de 4 öfriga.

Några andra iakttagelser af epidemier af infantil paralysi äro mig icke bekanta. Dock hafva många anmärkt, att två à tre fall ej sällan inträffat samtidigt på samma trakt, t. o. m. två i samma familj (SEELIGMÜLLER a. st.).

Förtjänar sjukdomens uppträdande i Stockholm och dess omgifningar under år 1887 namn af epidemi? Enligt min åsikt, ja. Jag har anledning förmoda, att åtskilliga andra fall af infantil paralysi förekommit i Stockholm under år 1887 än dem, för hvilka jag här ofvan redogjort. Huru många dessa fall kunna vara, vet jag ej, men genom samtal med många af mina kolleger och med ledning af anteckningarna under de följande åren vid pediatriska kliniken och polikliniken, kan jag förstå, att de ej hafva varit synnerligen många. Och det är lätt förklarligt, att det stora flertalet kom under observation på den pediatriska kliniken. Sjukdomen träffar företrädesvis de sämre lottade i samhället, och dessa uppsöka gärna de pediatriska poliklinikerna och kliniken, då det såsom här är fråga om en sjukdom med så allvarsamma symptom som förlamningar. Om än icke alla de fall, som inträffade i Stockholm under år 1887, äro kända, så gifva dock de 43 fall, som observerades på pediatriska kliniken och polikliniken, en mycket god föreställning

[1]) Om poliomyelit med demonstration af mikroskopiska preparater. Ref. i Neurolog. Centralblatt 1890, sid. 760.

om sjukdomsfallens frekvens och intensitet under det nämnda året. Ehuru många af dem äro hvarandra mycket olika vid ett ytligt betraktande, så hafva de dock vissa väsentliga karakterer gemensamma, och synnerligen stor betydelse tillägger jag den omständigheten, att de uppträdde samtidigt. Jag återkommer flere gånger längre fram till denna fråga, om det kan vara berättigadt att hänföra de 43 sjukdomsfallen till en och samma sjukdom, men måste redan nu betona, att jag anser en sådan uppfattning fullkomligt riktig. Får jag altså betrakta dessa 43 af mig meddelade sjukdomsfall såsom yttringar af en och samma sjukdom, så framgår ur min berättelse mycket tydligt epidemiens gång.

Jag har mig icke bekant, att något enda fall af infantil paralysi inträffade i Stockholm under januari—april månader. Det var först i maj, som tvänne fall visade sig. Under juni inträffade endast ett, som kommit till min kännedom, och under juli månad åter två fall. Alla dessa 5 fall erbjödo den vanliga bilden af en akut spinal infantil paralysi. Den 1 augusti inträffade ett fall. Från och med den 9 augusti kan man räkna början till den verkliga epidemien. Under tiden 9 augusti—30 september inträffade icke mindre än 30 fall, däraf 24 inom Stockholms stad, ett på Stora Essingen i stadens omedelbara grannskap, ett på Eckerö, ett på Djurö, ett vid Furusund, ett på Tegelön vid Vaxholm och ett från staden Enköping. Af dessa sista iakttagelser framgår, att sjukdomen uppträdde samtidigt äfven på ställen ganska aflägsna från Stockholm. Det var icke blott mängden af de under augusti och september månader inträffade fallen, som slog mig. Äfven den mycket elakartade naturen hos många af dessa sjukdomsfall förvånade mig. Det var också under denna tid, som åtskilliga fall med foudroyanta förlopp och häftiga symptom gingo till döden efter endast några dagars sjukdom. I min berättelse har jag utförligt redogjort för tvänne fall med dödlig utgång; ett annat dödsfall bland barn, men som jag icke var i tillfälle att själf observera, har jag i förbigående omnämnt. Ännu ett dödsfall inträffade vid denna tid; en 20-årig sömmerska, som insjuknade den sista september, afled efter en veckas sjukdom på Serafimerlasarettet.[1]) Epidemien upphörde så småningom. Under oktober månad inträffade 5 fall och under november endast 2 fall, hvarefter intet fall visade sig under december, ej häller under januari, februari och mars månader 1888.

[1]) RISSLER a. st., sid. 27.

Från denna tid alt intill juli månad 1895 hafva endast sporadiska fall förekommit, vissa år färre, andra år något flere, såsom andra afdelningen uti kasuistiken närmare utvisar. Under juli, augusti och september månader 1895 hopade sig sjukdomsfallen på ett mycket märkbart sätt, ehuru ingalunda så som det skedde år 1887. Början gjordes med ett par fall från landsbygden i närheten af Stockholm. Det ena af dessa barn hade insjuknat den 24 juni och det andra den 12 juli. Den 15 juli inträffade det första fall i Stockholms stad, som kom till min kännedom, hvarefter följde ytterligare 15 fall inom loppet af 10 veckor, alla från Stockholm. Det sista fallet från den 6 oktober kom från landsbygden i Stockholms närhet. Det var således icke mindre än 19 fall af infantil paralysi, som inträffade på föga mer än tre månader, och som kommo under min observation, många uti ett mycket tidigt stadium af sjukdomen.

Hvarest hafva vi att söka orsakerna till denna sjukdom? Den närmaste orsaken kan väl icke vara någon annan än ett specifikt smittämne, som finnes vida utbredt, men som på vissa tider och på vissa ställen kan blifva mera virulent och framkalla epidemier i analogi med de vanliga akuta infektionssjukdomarna. Vi måste för öfrigt erkänna, att om detta smittämne gäller det samma som om så många andra, vi känna det endast på grund af dess verkningar. Ex analogia föreställa vi oss smittämnet under formen af en mikrob, och att det är något toxin, som bildas af en sådan, som åstadkommer den sjukliga processen i nervsystemet. Det är ju sannolikt, att denna mikrob tillhör de ännu obekanta, men det är icke häller otänkbart, att någon af de patogena mikrober, som vi känna förut, kan under vissa okända vilkor förändra sin virulens därhän, att vid en infektion dess toxiner blifva särskildt farliga för de motoriska gangliecellerna. Jag kan icke underlåta att i förbigående påminna om några intressanta djurförsök, som blifvit utförda på senaste åren, och hvilka möjligen peka åt det håll, där vi skola få utredt, hvad som försiggår vid infektionen. H. Roger[1]) insprutade intravenöst på kaniner renkultur af mycket modifierade erysipelas-streptokokker och framkallade en kronisk sjukdom, under hvilken 2 till 3 veckor efter infektionen uppträdde paralysi och atrofi i bakre extremiteterna. Fyra till nitton dagar efter symptomens uppträdande inträdde döden, hvarefter vid den mikroskopiska undersökningen kon-

[1]) A. st.

staterades atrofi i muskulaturen samt degeneration och vakuolbildning i främre ryggmärgshornens ganglieceller, således en poliomyelitis anterior, påminnande om den patologisk anatomiska förändringen vid infantil paralysi. Samtidigt med ROGER anstälde GILBERT och LION liknande försök med bacillus coli communis och redogjorde i Société de biologie i febr. 1892 för resultat, som i hufvudsak öfverenstämde med dem, som ROGER fått med streptokokkerna. Sedan hafva THOINOT och MASSELIN[1]) kommit till samma resultat med bacill. coli och staphylococcus aureus, d. v. s. med modifierade renkulturer, insprutade intravenöst, framkallat en poliomyelitis anterior jämte paralysi och atrofi i kaninens bakre extremiteter. THOINOT och MASSELIN funno inre organ, äfven ryggmärgen, innehålla virulenta baciller i framskridet stadium af sjukdomen, då däremot ROGER uppger, att sådana ej funnos vid de af honom verkstälda autopsierna, hvilket han anser bevisa, att poliomyeliten hos kaninerna ej framkallats direkt af mikroberna, utan af något af dem bildadt toxin. Det är att hoppas, att dessa rön skola gifva uppslag till utforskandet af den infantila paralysiens smittämne.

Kunna barnen ådraga sig sjukdomen genom personlig beröring, genom smitta ifrån den ena till den andra? Ja, omöjligt är väl detta icke, men jag tror, att det händer ytterst sällan. De sjukdomsfall, som jag observerade i Stockholm under åren 1887 och 1895 voro i allmänhet, från ganska vidt skilda kvarter af staden, och det finnes icke den ringaste anledning att misstänka, att de smittat hvarandra. Detta skulle möjligen kunna hafva varit händelsen med en tvåårig flicka, som led af gonorroisk vulvo-vaginit och dagligen besökte polikliniken under september månad 1887, då där mycket ofta förevisades fall af infantil paralysi, med hvilka hon kom i beröring, men hon kan ju mycket väl hafva ådragit sig sjukdomen på annat sätt. Det har ett par gånger händt, att syskon sjuknat kort efter hvarandra. Så var förhållandet uti fallen n:r 7 och 10; en af bröderna insjuknade den 9 augusti och visade af symptom från nervsystemet en vanlig paraplegia inferior; den andre brodern insjuknade den 13 augusti, och uppträdde hos honom icke blott extremitetsförlamning utan äfven facialis- och oculomotoriuspares. Historien om två andra syskon återfinnes i kasuistiken under n:r 26. Ett af syskonen hade sjuknat den 4 september och dog den 9 sept., eller samma dag, som brodern sjuknade,

[1]) Revue de médecine juni 1894.

och hvars historia skildras under n:r 26. Men äfven dessa syskons insjuknande, med några dagars mellanrum, kan naturligtvis förklaras på annat sätt än genom smitta från det ena till det andra.

En annan observation, som ser mycket egendomlig ut, vill jag berätta i sammanhang med det föregående. På Barnsjukhuset inträffade i början af år 1889, att ett 4 års barn, som var konvalescent efter en annan sjukdom, helt plötsligt angreps af feber, dåsighet och halfsidiga konvulsioner. Förloppet och alla symptom talade med säkerhet för en akut poliencefalit. I samma rum hade kort förut vårdats ett barn, som vid inkomsten till sjukhuset befann sig uti det akuta stadiet af den infantila paralysien. I detta senare fall utvecklade sig de vanliga symptomen af en poliomyelitis anterior acuta. Jag har endast velat berätta detta faktum, utan att därför vilja påstå, att det senare barnet medfört smitta till det förra, ehuruväl jag tror, att sjukdomsfallen berott på samma infektionsämne.

Några predisponerande orsaker till barnens insjuknande har jag ej funnit. Enligt den erfarenhet, jag nu samlat, vill jag bestämdt påstå, att insjuknandet icke har det minsta att skaffa med förkylning, dålig ventilation, tandsprickning, ärftlighet, föregående sjukdomar m. m., hvarom alt man talat. Ej häller har jag försport det ringaste om någon nervös belastning hos barnen eller uti de familjer, där sjukdomen sökt sina offer. Tvärtom har det under dessa epidemier varit fullkomligt friska barn, som angripits. Om ett par (55, 56) uppgåfvo föräldrarna, att de förut varit något klena men ingalunda sjukliga eller vid insjuknandet lidande af annan sjukdom. Endast tre barn ledo af nämnvärd åkomma, en af abscess vid anus, 2 af lindrigt diarré. En gosse, som sjuknade den 24 augusti 1887, led sedan årets början af en lindrig kronisk artroit i vänstra fotleden. En två års flicka, som sjuknade den 21 sept. s. å., vårdades å polikliniken för vulvo-vaginitis gonorrhoica men var vid insjuknandet för öfrigt fullt frisk. Ett af barnen (fall 41) hade kort förut haft mässling; ett barn hade haft difteri en månad förut (se fallet 61). Detta är alt, jag har att meddela om föregående sjuklighet eller sjukdomar hos de insjuknade barnen, och jag kan icke betrakta dessa enstaka fall annat än som rena tillfälligheter. Ej häller tror jag, att ett fall från ett bord (se fallet 40) kan tillmätas någon betydelse.

Frågan om dispositionen för den infantila paralysien är ännu en olöst gåta, och det är den ju äfven för de flesta andra in-

fektionssjukdomar. Endast några få omständigheter äro med säkerhet kända, och dessa har jag endast kunnat konstatera under de af mig iakttagna epidemierna. Det gäller först och främst den ålder, vid hvilken barnen äro mest utsatta för sjukdomen. Regeln är, att det är den tidiga barndomen, som är mest disponerad. Uti de 64 ofvan meddelade fallen komma på åldern

2½—6 mån.	7 mån.—1 år	i 2:dra året	i 3:dje	i 4:de	i 5:te	i 6:te	i 8:de	S:ma.
5	15	17	13	9	1	3	1	64

Under epidemien 1887 var det yngsta barnet 2½ månad, det äldsta fylda 5 år. Under epidemien 1895 var det yngsta 3 månader och det äldsta 7 år 9 mån.

Gossar skulle vara mera utsatta för sjukdomen än flickor. Så visade sig också vara händelsen år 1895, då af 21 insjuknade barn 15 voro gossar. Under maj—november 1887 sjuknade däremot i det närmaste lika många af hvartdera könet eller 22 gossar och 21 flickor.

De flesta af de små patienterna hafva tillhört arbetsklassen, men ingalunda de egentligen fattiga, och de fall, som jag observerat i min enskilda praktik, hafva visat, att icke häller de bättre lottade i samhället gå fria för sjukdomen. Huruvida dåliga hygieniska förhållanden i ett eller annat hänseende öfvat inflytande på sjukdomens uppkomst, därom vågar jag ej yttra mig. Det förefaller mig mycket ovisst.

Båda epidemierna hafva inträffat vid precis samma årstid, eftersommaren och början af hösten, stående på sitt maximum under augusti och september månader. Dessa månader voro år 1887 utmärkta genom synnerligen normala väderleksförhållanden. Juli och augusti månader 1895 voro mycket regniga, isynnerhet juli, men det torde bemärkas, att de flesta sjukdomsfallen inträffade under september. Medeltemperaturen i Stockholm under åren 1859—89 var under juli + 16.4, augusti + 15.0 och september + 11.3. Medeltemperaturer under juli 1887 + 17, augusti + 14.9 och september + 11.7. Medelnederbörden var 1860—94 under juli 57.8 mm., augusti 61.8 mm., september 45.7, och året 1887 under juli 56.7 mm., augusti 44.7 mm., september 60.7. Samma siffror för juli, augusti och september 1895 voro respektive + 16, + 15.6 och + 11.7 temperatur, och 114.1 mm., 72 mm. och 41.7 mm. nederbörd.[1])

[1]) Enligt meddelande från Meteorologiska centralanstalten.

Såsom bekant är det vid ofvan nämnda årstid, som barnkoleran i allmänhet uppträder med de talrikaste och svåraste fallen, men hvarken 1887 eller 1895 var detta händelsen i någon högre grad. Särskildt voro augusti och september månader 1895 utmärkta för ett ovanligt godt hälsotillstånd uti Stockholm.

II. Om symptomen och förloppet under det akuta stadiet.

1. De allmänna febersymptomen.

Om jag undantager, att föräldrarna till gossen n:r 63 trott sig märka, att han varit trött och mindre liflig ett par dagar före insjuknandet, tror jag mig kunna påstå, att några symptom, som skulle kunna kallas *förebud* till den uppträdande sjukdomen, icke funnits i de fall, för hvilka jag redogjort. Andra iakttagare hafva trott sig finna sådana, om också sällan, uti en föregående allmän nedslagenhet, förändring i lynnet, dålig sömn, bristande matlust, försvårad dentition o. s. v. Något sådant har jag ej kunnat konstatera. Ej häller har jag i något af mina fall hört talas om förebud från nervsystemet, vare sig retnings- eller depressionssymptom.

Ett verkligt *prodromalstadium*, om man vill kalla det så. har jag endast funnit uti ett fåtal fall, n:r 23, 51, 56 och 57. Det första af dessa rörde en nitton månader gammal gosse, som sjuknade den 4 sept. med feber och allmänt illamående men var dagarna därefter bättre igen, var ute och lekte på gården till den landtvilla, som föräldrarna då bebodde; den 7 var han sämre igen, men ej sängliggande; först den 8 sept., således 5 dagar efter den dag, då han visat de första tecknen till feber och illamående, insjuknade han med häftig feber och ville ej längre vara uppe. Detta fall utvecklade sig till ett af de svåraste, jag observerat, ehuru utgången blef öfver förväntan gynsam. Uti fallen 51, 56 och 57 har antecknats feber, kväljningar, allmänt illamående 2 till 4 dagar före utbrottet af den egentliga sjukdomen.

Feber har iakttagits uti sjukdomens början i de allra flesta fall. Endast i tvänne af de 43 fall, som inträffade under 1887 skulle intet feberstadium hafva förmärkts. Egendomligt nog var detta händelsen med det första fallet i maj månad och ett af de sista uti oktober, n:r 41. Uti alla de fall, som inträffade under själfva epidemien, hade ett feberstadium observerats.

I ett par fall under 1887 års epidemi samt uti två fall (52 och 61) under 1895, skulle så tillvida intet feberstadium hafva funnits, som ingen hetta i kroppen förmärktes, men i stället hade mödrarna lagt märke till den för feberstadiet särdeles karakteristiska somnolensen i tre af dessa fall.

I fallet 62 led barnet dagarna före förlamningens uppträdande af en abscess bredvid anus och var illamående i följd däraf, men att döma efter moderns berättelse hade inga för den infantila paralysiens akuta stadium egendomliga symptom förmärkts hos detta barn.

Feberstadiets längd har växlat mellan 2—4 dagar i vanliga fall, endast i 4 fall är det angifvet till en dag, i 3 fall till 5 dagar, i ett fall till 6 dagar och i fallet nr 26 till 8 dagar, i fallen 23 och 55 till 8 à 10 dagar.

Hvad *temperaturstegringen* under feberstadiet beträffar, så hafva de mätningar som gjorts varit af föga intresse. Jag är ej i tillfälle att meddela någon sammanhängande kurva för ett helt feberstadium. Så mycket kan jag säga, att den synes växla mycket och sällan öfverstiga 39°. En gång har den observerats till 39,4°.

I fallet n:r 22, som gick till döden på 6:te dygnet, iakttogs en temperatur på 41,4°, några timmar innan barnet afled.

Svettning är ett symptom, som endast i ett färre antal fall varit mera påfallande.

Somnolensen har varit ett utmärkande drag för feberstadiet. Jag har hört den omtalas eller själf observerat den i de flesta fall, från och med en lindrig dåsighet ända ned till en tämligen djup sopor. Hos de barn, som afledo, öfvergick denna sopor till en fullständig koma. Somnolensen under den infantila paralysiens initialstadium skulle kunna jämföras med det tyfösa tillståndet i åtskilliga infektionssjukdomar. Uti den infantila paralysien inställer sig dock somnolensen mycket tidigt, redan på första dagen, ja det har i några fall anmärkts dåsighet hos barnen, utan att någon feberhetta observerats. Somnolensen har nog varit höggradig vid fall af poliencefalit (se 55 t. ex.), men den kan vara lika uttalad i fall, som för öfrigt antaga karakteren af en vanlig poliomyelit (se t. ex. nr. 23). Den enklaste förklaringen till somnolensen uti initialstadiet torde böra sökas i en särskild benägenhet hos denna infektion att angripa nervsystemet i allmänhet. Somnolensen skulle således, enligt min meuing, bero på en af toxinet framkallad rubbning

i hjärnbarken, en funktionel rubbning, som i de flesta fall går snart öfver. Att en sådan rubbning kommer så hastigt och i många fall är mycket kortvarig, står väl tillsammans med förloppet af affektionen på den motoriska nervapparaten. Äfven här visa sig ju hastigt inträdande rubbningar, som ibland hastigt försvinna.

I några fall hafva de små patienterna klagat öfver »*ondt i halsen*» under de första dagarna (22, 33, 55, 57), och i ett fall misstänktes till en början angina tonsillaris. I de flesta fall har icke funnits någon anledning att undersöka svalget.

Dyspeptiska symptom hafva observerats i rätt många fall vid insjuknandet. Utom anorexi hafva kväljningar icke sällan förekommit, och i 10 fall finnas kräkningar antecknade. I åtskilliga fall hafva öppningarna visat sig slemmiga, dåliga, t. o. m. illaluktande. Att dessa symptom bero på en akut tarmkatarr under feberstadiet, torde vara antagligt. Hos de aflidna barnen märktes vid autopsien en intensiv tarmkatarr med en betydlig ansvällning af solitära folliklar och peyerska plaques samt af körtlarna i mesenteriet.

Förstoppning är ett vanligt symptom under det akuta stadiet, och anser jag det vara att hänföra till de nervösa rubbningarna, så mycket mer som förstoppningen kan vara ända till 3 dagar, i två fall 4 dagar, och i ett fall (n:r 29) hade barnet ej haft öppning på 5 dygn, alt under feberstadiet. I ett par fall (47 och 55) måste lavemang användas under en veckas tid efter insjuknandet, innan spontana afföringar kommo till stånd. Ofrivillig afgång af fæces i det akuta stadiet har jag aldrig hört omtalas i de af mig observerade sjukdomsfallen.

Det händer också någon gång, att barnen lida af *urinretention* under ett dygn mot slutet af feberstadiet. Uti ett par fall (n:r 29 och 47), i hvilka barnen samtidigt ledo af förstoppning, kunde de ej kasta vatten på 3 dygn, under hvilka blåsan måste tömmas med kateter. Att urinretentionen berott på en öfvergående rubbning i blåsmuskulaturens innervation, lider väl icke något tvifvel. Uti det senare paralytiska stadiet har jag, lika litet som uti alla af mig förr observerade fall, haft att anmärka några rubbningar vid defekation eller urinering.

Ett symptom, som jag observerat under feberstadiet och i vissa fall äfven uti restitutionsstadiet, och som i beskrifningarna på sjukdomen ej blifvit särdeles mycket beaktadt, är den *smärta och ömhet i kroppen, särskildt i benen*, som de små patienterna

vid undersökningen gifva tillkänna icke blott vid polynevriter utan äfven i fall, som öfvervägande hafva karakteren af poliomyelit.

Anfall af konvulsioner under initialstadiet figurera i beskrifningarna på den infantila paralysien såsom ett vanligt symptom. Detta hafva mina iakttagelser ej bekräftat. Konvulsioner i början af sjukdomen hafva under epidemien blott iakttagits uti 5 fall, hvaraf i 4 fall (13, 44, 55 och 56) utvecklade sig en tydlig poliencefalit, och i ett fall (23), där konvulsioner visade sig under 3 dagar efter hvarandra, och där soporn varade i 8 dagar, utvecklade sig en paralysi i nästan hela kroppen.

Ryckningar eller darrningar i armar och ben förekommo nästan aldrig i de vanliga fallen af spinal paralysi. De tillhöra de atypiska fallen, särskildt poliencefaliterna, men förekomma äfven i fall, som hafva mera likhet med polynevrit. Sålunda hafva dessa symptom observerats i fallen 16, 19, 26, 54 och slutligen i fallet 53. Uti dessa fall tillkommo symptom, som ingalunda kunna förklaras med en lokalisation i ryggmärgens främre grå horn. Jag återkommer framdeles till dessa fall men har nämnt dem här för att framhålla, att det endast varit uti fall med ovanliga symptom och en ovanlig lokalisation, som krampsymptom uppträdt i början af sjukdomen.

Då nu de atypiska fallen, poliencefaliter och polynevriter, hafva den bästa prognosen, så tillhöra konvulsioner, ryckningar och darrningar ingalunda de farligaste symptomen eller de fall, som lemna de svåraste följderna för framtiden.

En verklig kontraktur har jag *aldrig* observerat, men väl en psevdo-kontraktur i följd af smärtorna i nerver och muskler (se t. ex. fallen 6 och 64).

Icke uti något af de fall, som gingo till döden, visade sig krampfenomen.

Djupa suckar, sådana som vi observera dem t. ex. uti den tuberkulösa meningiten, hafva endast mycket få gånger blifvit anmärkta, nämligen uti fallen n:r 13 och 57, poliencefaliter, samt i n:r 10, där förlamningssymptom visade sig icke blott från extremiteterna utan äfven från facialis och oculomotorius. I detta sista fall upphäfde barnet också *häftiga*, *gälla skrik*, som för öfrigt blott omtalats i fallet n:r 8, där förlamningen inskränkte sig till ena facialisområdet, och i fallet 55, en poliencefalit. Båda dessa symptom, djupa suckar och häftiga

skrik (= cries hydrocéphaliques), äro således mycket sällsynta symptom, som egentligen förekomma vid poliencefaliten. Ett öfvergående upprodnande på kinderna kan jag ej finna antecknadt mer än en gång, i fallet 57, äfven detta en poliencefalit.

På tal om symptomen under sjukdomens första skede, vill jag påpeka tvänne intressanta observationer. Det hände nämligen uti tvänne fall, att barnen först genomgingo ett feberstadium på 3 à 4 dagar, hvarunder visade sig en paraplegia inferior. Härefter inträdde en *feberfri remission på 5, i andra fallet 6 dagar*, och efter denna intervall instälde sig åter stark feber med en betydlig utbredning och försämring af de paralytiska symptomen. Se fallen 29 och 33!

2. Lokalisationen uti nervsystemet under det akuta stadiet.

Strängt taget kan man icke draga upp en bestämd gräns mellan ett feberstadium och ett paralytiskt stadium, åtminstone icke uti flertalet fall. Paralysier inställa sig ofta redan, tidigt i feberstadiet, ja feber och sopor kunna hålla i sig flere dagar efter de paralytiska symptomens uppträdande. Riktigare vore att, i enlighet med symptomens utveckling och sjukdomens gång, tala om ett restitutionsstadium såsom följande på feberstadiet och efter restitutionsstadiet det blifvande paralytiska eller atrofiska stadiet, men jag lemnar åsido sjukdomens indelning i olika stadier, ty den har helt visst en mycket ringa betydelse. Det säkra är, att redan tidigt i det akuta stadiet yppa sig icke blott sådana symptom, som möjligen eller delvis kunna anses bero på intoxikationens allmänna verkningar, utan äfven tydliga motoriska rubbningar.

Om fallen af poliomyelitis anterior acuta anser jag mig icke behöfva ingå på någon närmare kritik af de nervsymptom, som förekomma i de vanliga typiska fallen af infantil paralysi, där symptombilden beherskas af degenerationen uti de främre grå ryggmärgshornens ganglieceller, detta lika litet som jag ansett mig böra lemna någon uttömmande beskrifning på dessa fall. De äro ju till alla delar väl kända. Under år 1887 inträffade i Stockholm och observerades af mig 28 fall af typisk poliomylit. anter. acuta. (d. v. s. med lokalisation uteslutande på ryggmärgen); och under 1895 uppgick antalet rena, enkla poliomyeliter till 13. Dessa fall hafva sitt stora intresse såsom bevisande, att det i verkligheten var den sedan gammalt kända

infantila paralysien, som var gängse i Stockholm nyssnämnda år, och att det ingalunda har varit fråga om någon ny eller hittils okänd sjukdom. I åtskilliga af de förlamningsfall, som inträffade under 1887, skulle jag visserligen icke hafva tänkt på någon gemenskap med den infantila paralysien, om dessa fall förekommit enastående. Efter 1887 års epidemi känner jag med större säkerhet igen de atypiska fallen, hvadan dessa under 1895 ej erbjödo så synnerlig stor svårighet i diagnostiskt hänseende, huru egendomliga en del af dessa fall än voro. Utan de samtidigt inträffade poliomyeliterna, skulle emellertid etiologien och fallens rätta natur äfven nu hafva förblifvit något dunkla. De samtidiga typiska poliomyeliterna lemna den påtagliga förklaringen till uppkomsten äfven af dessa fall, hvilka vid första påseendet se så besynnerliga ut, hvad symptomen från nervsystemet beträffar. Ett egendomligt symptom i följd af poliomyelit vill jag fästa uppmärksamheten på, nämligen förlamning i *ena* bröstkorgshalfvan samt uti bukmuskulaturen på samma sida. Se de utförliga beskrifningarna i fallen 29 och 47. Det såg högst egendomligt ut i fallet 29, när barnet skrek häftigt och bukmuskulaturen på vänstra sidan kontraherades, under det att samtidigt den lama högra halfvan af bukväggen pressades fram såsom en rundad, tämligen stor tumör. I fallet 47 såg den friska vänstra sidan af bålen något hopdragen och insjunken ut i jämförelse med den andra, lama sidan, som såg rund och fyllig ut, och blef denna skilnad i konfigurationen ännu mera märkbar, då barnet gjorde någon ansträngande rörelse.

Som vanligt hafva de flesta fall af poliomyeliterna haft karakteren af poliomyelitis inferior eller lumbalis med förlamningar endast uti de undre extremiteterna. Att gangliecellerna uti lumbalansvällningen hafva en mycket stor affinitet till denna sjukdom, en särskild känslighet för dess toxiner, är en sanning, som till fullo bekräftades under 1887 och 1895 års epidemier. Ibland de 64 fallen kunna 50 betraktas såsom poliomyeliter, och i 45 af dessa förekommo förlamningar i de undre extremiteterna. Endast i 14 fall omtalas förlamningar i de öfre extremiteterna. I flere fall hafva symptomen antydt en i vertikala riktningen mycket utbredd process i ryggmärgen, så att alla extremiteterna, och bålens och halsens muskler varit förlamade. Förlamning uteslutande i armarna förekommer mera sällan; jag har observerat endast fem sådana bland de

64 fallen. Förlamningar endast i de undre extremiteterna hafva förekommit uti 32 fall, hvartill komma fyra fall, där jämte förlamningen i de nedre extremiteterna visade sig en förlamning i facialis, i abducens eller i oculomotorius. Vid de mycket utbredda poliomyeliterna hafva i ett par fall facialiskärnen, i ett fall oculomotorius och ett par gånger vagus varit indragna i processen. Det är ju intressant att se, att äfven de för öfrigt enkla och vanliga poliomyeliterna kunna kompliceras med rubbningar i bulbens kärnar. Härigenom bevisas att denna komplikation uppträder äfven vid den vanliga spinala formen af infantil paralysi.

Om fall af polyneuritis acuta. *De spontana smärtorna i kroppen och särskildt i extremiteterna* hafva i vissa fall varit förenade med en påfallande ömhet i benen och ömhet vid tryck på muskulaturen. Dessa smärtsamma symptom hafva i synnerhet visat sig i de fall, där såväl de särskilda symptomen som hela sjukdomsbilden och förloppet hafva haft en slående likhet med de förut af åtskilliga observatörer beskrifna sjukdomsfall, hvilka fått namnet polyneuritis acuta.

Polynevriten är utan tvifvel en mycket sällsynt sjukdomsform hos barn. Jag har aldrig förr än under år 1887 varit i tillfälle att iakttaga några karakteriska fall, men under den då rådande epidemien af infantil paralysi observerade jag under aug.—septemb. månader icke mindre än *6 fall*, som i alla väsentliga hänseenden, hvad symptombilden beträffar, hade *karakteren af en polynevrit*, sådan den blifvit, mest hos fullväxta, iakttagen och beskrifven. (Duménil, Déjérine, Leyden, Eisenlohr, Strümpell, Rabinsky m. fl,). Dessa 6 fall hafva i min kasuistik nummerna 6, 11, 16, 19, 26 och 33. Äfven under 1895 inträffade åtminstone två fall af typisk polynevrit, fallen 47 och 54, men äfven i fallen 51 och 64 kan man misstänka en polynevrit jämte poliomyeliten.

Som bekant hafva några iakttagare af denna sjukdom (Leyden, Eisenlohr, Strümpell) tänkt på ett genetiskt samband mellan polynevriten och poliomyeliten. För identiteten uti etiologiskt hänseende mellan de af mig observerade polynevriterna och poliomyeliterna anser jag deras samtidiga uppträdande vara ett mycket godt bevis. Men härför tala äfven de väsentliga likheterna i sjukdomsbilden vid dessa olika former af infantil paralysi. På samma sätt som poliomyeliterna hafva dessa fall af polynevrit hållit sig till den

tidiga barndomen. Uti de 8 nyss nämnda fallen har åldern växlat mellan 1 år 10 mån. och 4 år. Äfven i de flesta af dessa fall har sjukdomen kommit på helt plötsligt utan några förebud. Den har börjat med feber och allmänt illamående, dåsighet, i ett fall (26) nästan sopor; vidare hafva dyspeptiska symptom förekommit, urinretention någon gång, förstoppning likaså (se t. ex. n:r 47). Feberstadiet har som i de vanliga poliomyeliterna endast varat några dagar; uti ett af fallen (33) recidiverade febern, såsom förut omtalats. En sista mycket viktig likhet hafva dessa polynevriter med poliomyeliterna, nämligen redan i feberstadiet uppträdande motilitetsrubbningar, särskildt svaghet i de nedre extremiteterna. Dessa äro de omständigheter och de symptom, som äro gemensamma för dessa båda i öfrigt så olika yttringar af den infantila paralysien.

I flertalet fall af polynevrit hafva redan i feberstadiet yppat sig symptom, som utvisa, att här varit fråga om en annan lokalisation i nervsystemet än endast i ryggmärgens främre, grå horn. De små patienterna hafva gifvit till känna mycket häftiga smärtor, någon gång i kroppen i allmänhet eller ryggen, äfven i armarna, men vanligast i benen. De hafva icke blott jämrat sig (äfven i sömnen) öfver dessa smärtor; de hafva äfven markerat stor ömhet i benen för vidröring, »barnet tålde ej att man tog i dess ben», som det heter i beskrifningen. *Hudhyperestesi* har i ett par af dessa fall varit för handen. Och i ett fall slutigen efterföljdes hyperestesien af en *total* men öfvergående *anestesi* i underbenen. (Se fallet 47). Sensibiliteten blef i det atrofiska stadiet åter normal. Smärtorna och i synnerhet ömheten för vidröring hafva fortfarit, äfven sedan febern upphört, i fallet nr. 6 i fulla 3 veckor, i fallet nr. 19 i två veckor. I fallen 6, 11 och 64 har iakttagits lindrig kontraktur i höft- och knäleder samt stor smärta vid försök att räta ut benen. I fallen 19 och 54 blefvo barnen förskräckta och började gråta, då man ville hafva dem att stödja på benen. I fallet 33 heter det, att försök att stödja på benen gjordes motvilligt. En bestämd ömhet vid palpation af musklerna har ådagalagts i fallen 6, 33, och 64 samt också sannolikt i fallen 11 och 19. I fallet 64 utvecklade sig de vanliga symptomen af en spinal infantil paralysi i de nedre extremiteterna, hvadan detta fall till sin lokalisation i öfrigt kan hänföras till poliomyeliterna. I fallet n:r 6 åter, som jag anser hafva varit en typisk polyneuritis acuta paralytica, försvunno efter några veckor såväl kontraktu-

ren som ömheten, hvarefter rörligheten i de förut paretiska benen började återvända under bruket af galvanism, så att barnet efter två månader var fullständigt friskt och rörligt. Äfven denna återgång till fullständig hälsa är egendomlig för polynevriten, ehuru symptomen i det akuta stadiet kunna vara mycket oroande (se utom fallet nr. 6 äfven fallet 54).

Om fall af ataxi (ataxia acuta transitoria). I fallen 16, 19, 26, 54 och 33 tillkomma andra egendomliga symptom, som icke observerats i något fall af ren poliomyelit. I de fyra först nämnda märktes under feberstadiet ryckningar och darrningar i armar och ben, i fallet 16 äfven under sömnen. Det kan knappast vara någon tillfällighet, att detta symptom visade sig just i dessa fyra fall, ty i dessa samma fall antog motilitetsrubbningen formen af en *utpräglad ataxi.* Se utdragen ur sjukhistorierna till fallen 16, 19, 26 och 54, där den stapplande, osäkra gången finnes närmare beskrifven. Äfven i fallet 33, där barnet kunde röra sina ben oklanderligt i liggande ställning men ej gärna ville stödja på dem, visade sig gången osäker, stapplande, men i detta fall med en antydan till spastiska symptom, som icke funnos uti de fyra först nämnda. Fallet 54 med sin utpräglade ataxi och en antydan till spastiska fenom bildar en öfvergång till fallet 33, där ataxien var mindre utpräglad, men i hvilket de uti denna sjukdom sällsynta spastiska symptomen med förstärkta patellarreflexer voro för handen. En närmare undersökning af muskelsinnet och sensibiliteten skulle hafva varit af stort intresse i dessa fall med ataxi, men en sådan låter sig icke med någon framgång göra hos barn på 2 à 3 år. Då det t. ex. heter om sensibiliteten, att den är bibehållen oförändrad, så gäller detta endast, för så vidt den kan hos så små barn undersökas. Med tålamod och kritik kan man nog i många fall komma underfund med, huruvida barnen något så när normalt uppfatta en lätt beröring eller ett nålstick, men stort längre kommer man ej. En total anestesi är naturligtvis lätt att påvisa, och en utpräglad hyperestesi erbjuder häller ingen stor svårighet. Att utröna kvalitativa förändringar eller få barnen att t. ex. redogöra för parestesier, går ej så lätt. Kommer sådant fram, beror det på en tillfällighet. Helt annat är det med ett sådant symptom som gången. Det kan ju vara svårt ibland att få de små barnen att göra försök att gå, på grund af deras rädsla eller om de äro egensinniga. Lyckas man att göra sina observa-

tioner utan att störa deras lugn, och lyckas man få dem att gå, så är det ingen svårighet för den, som har vana att handskas med barn, att uppfatta såväl att gången är abnorm som också i hvad hänseende den är abnorm. För riktigheten af de i journalerna anförda observationerna kan jag således ansvara. Uti fallen 16, 19, 26 och 54 (och sannolikt också i fallet 33) yppade sig en utpräglad ataxi i gången, dels redan uti feberstadiet dels uti restitutionsstadiet. Huru skall denna ataxi kunna förklaras? Alla dessa nyss nämnda fall buro från sin början prägeln af en polyneuritis acuta. Kan denna lesion på nervsystemet bära skulden till ataxien? Något bestämdt svar lärer jag ej kunna gifva, då ataxiens förklaring är en nöt, som nevrologerna ännu ej kunnat knäcka, lika litet som fysiologerna kunna nöjaktigt förklara, hvilka delar af det centrala nervsystemet eller hvilka ledningsbanor, som tjänstgöra för att upprätthålla koordinationen i det friska tillståndet. Uti de fall af infantil paralysi med ataktiska symptom, som jag observerat, lärer jag icke kunna förneka möjligheten af förändringar i ryggmärgen såsom grund för ataxien, det är både möjligt och sannolikt, att sådana funnits i vissa fall, om än öfvergående, men å andra sidan synes det mig vara ganska visst, att de periferiska nerverna varit angripna i dessa fall, och då blir väl det enklaste att följa det numera vanliga bruket att förklara de ataktiska fenomenens uppkomst i dessa fall genom den för handen varande multipla nevriten eller polynevriten. För den vidare förklaringen måste vi då hålla oss till LEYDENS hypotes, att ataxien beror på en genom rubbning i de sensibla ledningsbanorna framkallad minskning uti eller förlust utaf muskelsinnets inverkan på de koordinerande centra (hvilka vi icke känna!). Ataxi vid polynevrit är såsom bekant först beskrifven af LEYDEN. Man har gett särskilda namn åt denna symptombild, *pseudotabes peripherica*, *nevrotabes périphérique* (DÉJÉRINE, GAZETTE de Paris 1883, 44) eller »acute heilbare Ataxie» (STRÜMPELL). Då de af mig observerade fallen erbjuda så många och väsentliga likheter med den akuta multipla nevriten, så ser jag däri ett godt skäl för det antagandet, att ataxien äfven i mina fall kan hafva berott på förändringar uti de periferiska (sensibla) nerverna. Ju mera de motoriska nerverna varit afficierade, desto mera har pares varit uttalad i början af dessa multipla nevriter.

Innan jag lemnar denna fråga, vill jag dock framhålla ett par observationer. Den ataktiska gången hos mina små patienter har ej liknat gången hos en vanlig tabetiker. En sådan sprattlar med benen, som han inte riktigt viste, hvar han hade dem. Det ser icke så ut, när barnen med polynevrit gå osäkert. De ragla, snafva och falla lätt omkull, de gå bredbent och hafva tydligen svårt att hålla jämnvikten. Gången liknar således mera den, som är egendomlig för cerebellar ataxi eller för den hereditära ataxien (Friedreichs tabes). I fallen 16, 19, 26 och 54 hafva barnen också i sin gång mycket påmint om de fall af hereditär ataxi, som jag observerat. Detta om gången. Hvad lesionen på nervsystemet beträffar, måste jag i detta sammanhang förutskicka en patologisk anatomisk observation. Vid den af RISSLER (a. st.) verkstälda mikroskopiska undersökningen på ett fall (n:r 22), som gick till döden, befunnos gangliecellerna i columnæ Clarkii stadda i degeneration. Det är således en afgjord sak, att dessa celler kunna angripas vid den infantila paralysien, och äro dessa celler degenererade, så följer ju en sekundär degeneration i sidosträngarna till lilla hjärnan och i Gowerska strängarna, men just dessa delar af ryggmärgen hafva äfven vid hereditär ataxi visat sig angripna, oafsedt förändringarna i de bakre strängarna. Man känner ju icke den kliniska betydelsen af dessa förändringar, och jag har alt för liten anledning att ingå i någon diskussion härom. Jag har blott velat påpeka de observerade fakta. Härtill bör jag lägga ytterligare den märkliga iakttagelsen i åtminstone två af dessa fall (16 och 54), att talet förändrades ganska betydligt, var i fallet 16 »dåligt, långsamt, nästan stammande, blott uttalande ett och annat ord; i fallet 54 märktes i början af det akuta stadiet en otydlighet i talet (barnet talade förut aldeles rent). Barnen återfingo fullständigt sin talförmåga. Hvarpå denna öfvergående anartri eller alali kan hafva berott, lemnar jag därhän. Man kan ju hysa den förmodan, att den berott på perifera rubbningar.

Det finnes ännu några symptom vid dessa fall af polynevrit med ataxi, som förtjäna att ihågkommas. Det visade sig ingen atrofi i benens muskler i något af fallen 16, 19, 26 eller 54. I fallet 6 uppstod häller ingen atrofi, men väl i fallet 47, som också företedde en tydlig bild af polynevrit. I fallen 51 och 64, som stå poliomyeliterna mycket nära, saknades ingalunda den vanliga atrofien i muskulaturen, lika litet som kylan

och cyanosen, hvilka fenomen icke häller förekomma vid ataxierna så som vid poliomyeliterna.

Patellarreflexerna, som i poliomyeliterna så konstant äro helt och hållet försvunna eller åtminstone betydligt försvagade, förhöllo sig på helt annat sätt i flertalet fall af polynevrit. Icke häller den elektriska retbarheten har i dessa fall varit förändrad på samma sätt som den tämligen konstant är det vid poliomyeliterna. I fallet 16 voro patellarreflexerna betydligt nedsatta, men de elektriska strömmarna, såväl den faradiska som galvaniska, visade samma verkningar på barnens muskulatur som under normala förhållanden, således intet tecken till EaR. I fallet 19 var patellarreflexen lifligare på det högra benet, »som slängde mest vid gående», men uti just detta ben visade nerver och muskler en partiel EaR. I fallet 26 voro partellarreflexerna lifliga, och det fans häller ingen EaR, hvilket nog stämmer det ena med det andra, men är ovanligt för en polynevrit. I fallet 33 slutligen gjordes den märkvärdiga iakttagelsen, att nerverna och de slappa musklerna visade en tydlig EaR, under det att patellarreflexerna, som i början varit nedsatta, samtidigt voro märkbart förstärkta. Äfven i fallet 54 förhöllo sig patellarreflexerna på mindre vanligt sätt. Förhöjd senreflex vid periferisk nevrit är ett symptom, som sannolikt hör till undantagen, men okändt är det ej; det har förr blifvit observeradt bland andra af STRÜMPELL och MÖBIUS (Münch. med. Wchnschr. 1886. XXXIII, 14.) Innan vi lemna betraktelserna öfver polynevriterna, vill jag framhålla ett litet drag hos dessa sjukdomsfall, hvilket vi förut funnit hos poliomyeliterna. Ehuru antalet polynevriter, som jag observerat under åren 1887 och 1895 endast uppgått till 8, så finna vi dock tvänne af dessa komplicerade med förlamningar i hufvudets nerver. Uti fallet 16 var polynevriten förenad med förlamning i den högra nervus abducens, och i fallet n:r 26 iakttogs *pares i nedre grenen af den högra facialis*, hvilken pares efter tre veckor från sjukdomens början var aldeles försvunnen. Detta är visserligen ingenting egendomligt för polynevriterna, men det är ett litet släktdrag, som då och då kommer fram uti alla former af infantil paralysi.

Om poliomyelitis acuta bulbi. *Det visade sig under de af mig observerade epidemierna af infantil paralysi, att äfven hufvudets nerver kunna förlamas, och att nervkärnarna i medulla oblongata, pons och äfven de för oculomotorius angripas uti den infantila paralysien.*

Det har förut gällt och gäller väl ännu för de flesta som en trosartikel, att vid den infantila paralysien hufvudets nerver skulle vara förskonade från förlamning. Så förnekar t. ex. LEYDEN (Klinik d. Rückenmarkskrankheiten, Berlin 1875, II, s. 555) alldeles bestämdt, att facialis, hypoglossus eller ögonmusklerna någonsin afficieras, »så att det synes, som om denna förlamning icke stege upp till medulla oblongata». Några enstaka iakttagelser af facialisförlamning finnas dock omnämnda af VOLKMANN, HENOCH, SEELIGMÜLLER, SÉGUIN, SINKLER (SEELIGMÜLLER a. st.). Ett fall af facialisparalysi med atrofi af nervkärnen har observerats af EISENLOHR (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkr., IX & X). Flere sådana observationer kunna anföras, men utan samband med den infantila paralysien hafva de för våra betraktelser intet intresse. Jag kan ej underlåta att här omnämna, hurusom BADHAM i den 1836 utgifna beskrifningen på de 4 fall, som gåfvo uppslaget till J. HEINES första arbete, talar om strabism i det första fallet, förstorad vänster pupill i det andra och förstorad höger pupill i det tredje. Att de af BADHAM observerade fallen varit infantila paralysier lider intet tvifvel. Det finnes intet skäl att hänföra BADHAMS fall till den akuta poliencefaliten, och ännu mindre är man berättigad att utrangera dem från den infantila paralysien, hvartill försök icke saknats. De af WERNICKE uppställda sjukdomsformerna polioencephalitis superior och dito inferior kunna uppträda akut; symptomen blifva då aldeles desamma, som dem jag sett vid infantila paralysiens angrepp på såväl ögonmusklernas kärnar, lika med polioencephalit. super., som på längre ned belägna kärnarna, lika med polioencephalit. infer. Jag vet icke, om något fall, som hänförts till nyss nämnda symptombilder, kan hafva haft någon likhet med infantil paralysi i sitt öfriga uppträdande. Sannolikt synes emellertid vara, att kranialnervernas kärnar äfven af andra orsaker (än den infantila paralysien) kunna angripas af en akut inflammatorisk eller degenerativ process.

Vid en granskning af den kasuistik, jag haft äran meddela, skola vi till en början finna, att *facialisförlamningar förekommit uti icke mindre än 8 fall* under år 1887, n:r 8, 10, 11, 23, 24, 26, 34 och 41, men under 1895 endast i ett fall, n:r 56.

Uti ett af de 8 fallen, *fallet 34, som gick till döden på 6:te dagen* efter insjuknandet, och i hvilket nervi faciales å båda sidor tydligen voro förlamade (diplegia facialis), *kunde samma dege-*

nerationsprocess med mikroskopet påvisas uti facialiskärnarna som uti ryggmärgens främre grå horn. Häri ega vi således det fullgiltiga beviset för, att facialisförlamningen i den infantila paralysien kan bero på en degeneration uti facialiskärnen. Samma förändringar funnos uti fallet 34 äfven uti abducens-, vagus- och hypoglossuskärnarna.

I förbigående vill jag omnämna en observation, som jag gjorde i ett af de tre fall, som inträffade kort efter hvarandra på våren 1888. Uti detta fall voro *den vänstra facialis* i både öfre och nedre området *samt den vänstra abducens förlamade* (några andra förlamningar förekommo i detta fall icke), och det ligger väl så nära till hands som möjligt att antaga en degeneration uti de respektive nervernas kärnar med hänsyn till dessa kärnars nära grannskap till hvarandra i bulben. Ett fullkomligt analogt fall af facialis- + abducens- förlamning observerade jag i september månad 1893.

Att äfven *enkla facialisparalysier*, utan andra samtidiga förlamningssymptom, *kunna bero på den infantila paralysien*, har jag blifvit öfvertygad om. Uti fallet 24, där barnet sjuknade med de vanliga symptomen af infantil paralysi och under de första dagarna ej ville stödja på benen, kunde efter 4 dagar ingenting märkas af extremitetsförlamningen, hvilken, såsom det ofta händer vid den infantila paralysien, hastigt gick tillbaka, men däremot kvarstod en utpräglad vänstersidig facialisparalysi. Uti fallet n:r 8 observerades ingen annan förlamning än den högersidiga facialisparalysien, men såväl den omständigheten, att barnet sjuknade den 9 augusti under pågående epidemi, som äfven symptomen under feberstadiet, bevisa till fullo dess identitet med den infantila paralysien. I fallet 26 var endast den nedre grenen af facialis förlamad, men i alla andra fall var hela facialisområdet förlamadt, ehuru förlamningen i olika fall var olika utpräglad i olika delar af facialis. I fallet 56 blef förlamningen qvarstående endast i den öfre grenen.

Redan 1886 har MÖBIUS [1]) uttalat den förmodan, att vissa fall af facialisförlamning bero på en infektionssjukdom, och finner denna MÖBII teori sin fulla tillämpning på dessa af mig observerade fall, ehuruväl det här icke gäller någon för facialisförlamningen egendomlig infektionssjukdom utan den för olika former af förlaming gemensamma infantila paralysien. Det är

---

[1]) Centralbl. f. Nervenheilk. (ERLENMEYERS) 1887, nr 7, p. 197.

icke osannolikt, att flertalet fall af idiopatisk monoplegia eller diplegia facialis (se s. 30), som träffa barn under de första lefnadsåren, är att hänföra till den infantila paralysien, om dess samband med denna sjukdom än icke är så tydligt i allmänhet, som det varit under de af mig observerade epidemierna. Anmärkningsvärdt är det rätt stora antalet fall af infantila facialisparalysier, som jag observerat, ty facialisförlamning anses vara en sällsynthet hos barn.[1]) Men om denna åsikt är riktig, hvad de verkliga reumatiska facialisförlamningarna beträffar, så talar å andra sidan min erfarenhet för, att facialisförlamning i följd af infantil paralysi icke skulle vara så alldeles sällsynt.

Emellertid är facialis icke den enda af kranialnerverna, som kan förlamas vid den infantila paralysien. Äfven de öfriga hafva lemnat liknande exempel, ehuru på långt när ej så ofta. Näst facialisförlamningarna i frekvens komma *abducensförlamningarna.* Sådana har jag observerat i 6 fall, i fallen 28 och 35 tillsammans med extremitetsförlamningar, i fallet 16 i förening med symptom af polynevrit (ataxi). Äfven i fallen 13 och 44, som båda hade karakteren af poliencefalit, visade sig under det akuta stadiet en vänstersidig abducensparalysi, hvilken gick nästan fullständigt tillbaka i båda fallen. Om abducensförlamningen i fallet 34, se ofvan!

Hypoglossusförlamning har blifvit iakttagen uti 5 fall, för det första uti fallen 16 och 29, i hvilka talförmågan var märkbart rubbad och i det senare fallet en tid alldeles borta, samt vidare *uti fallet 34*, där det observerades på det 5 månader gamla barnet, hurusom tungan slank hit och dit i munnen utan styrsel, och i hvilket fall *efter döden kunde mikroskopiskt påvisas en degenerativ förändring i hypoglossuskärnarnas ganglieceller.* (Se under patologisk anatomi!) *Uti fallet 22* kunde barnet, ehuru soporöst, svara redigt ännu dagen innan det dog, men, då det dagen därpå låg i koma, kunde ingen iakttagelse göras beträffande tungans rörlighet; *äfven i detta fall visade sig efter döden, att hypoglossuskärnarna voro angripna.*

Hals- och nackmuskulaturen har i 3 fall, 23, 29 och 34 tydligen varit totalt förlamad, hvilket med säkerhet antyder en *förlamning äfven af accessorius spinalis* i dessa fall. I det mycket intressanta fallet 56 lider det ej något tvifvel, att kärnarna för både facialis, hypoglossus och accessorius voro an-

---

[1]) Hübschmann, Neurolog. Centralbl. (Mendel) 1894, s. 817.

gripna. I detta fall var också den ena pupillen större än den andra (oculomotorius?).

Förmågan att svälja tycktes vara borta i fallet 34.

Vaguskärnarna gå icke häller fria från förändringar i den infantila paralysien. Uti båda de fall, som gingo till döden, 22 och 34, kunde vid den mikroskopiska undersökningen uti en af vaguskärnarna i hvardera fallet påvisas förändringar, analoga med dem, som funnos uti de motoriska kärnarna. Båda dessa barn dogo under symptom af hastigt påkommen dyspné och cyanos (vagusförlamning?). Ett symptom af vagusförlamning torde väl också vara att märka uti fallet 34, det nämligen, att barnet förlorade sin stämma, som på andra sjukdomsdagen liknade ett stilla kvidande och dagen därpå hade öfvergått till nästan fullständig afoni (paralysi i recurrens vagi). En observation uti fallen 23 och 47 vill jag särskildt påpeka. Den tyder på, att äfven vagus kan utsättas för en sådan förändring, att i den uppstår en öfvergående funktionsrubbning. Uti fallet 23, i hvilket alla fyra extremiteterna, bålen, nack- och halsmuskulaturen samt vänstra facialis voro fullkomligt paralyserade, fick barnet på 10:de eller kanske riktigare på 6:te sjukdomsdagen dyspné med ytlig, hastig andhemtning, 56 andetag i minuten samt liten, hastig puls, 120 i minuten. Varnad af ett några dagar förut inträffadt dödsfall, tänkte jag här genast på en affektion af vagus och väntade mig en letal utgång. Någon affektion af lungor eller hjärta fans ej. Emellertid voro dagen därpå både andhemtningen och hjärtverksamheten lugnare, andetagen 24 i minuten och pulsen 100. Samma dag började äfven i andra delar af nervsystemet tecken visa sig till en förbättring, som sedan fortgick ganska hastigt.

I ett annat fall, n:r 47, yppade sig detta symptom i en ännu allvarsammare form. Den påfallande hyperalgesien, som i benen efterföljdes af total anestesi, talade med största sannolikhet för en polynevrit i detta fall jämte poliomyeliten, hvilken åter visade sina verkningar genom de kvarstående partiela atrofierna och förlamningarna i muskulaturen i benen, mest i det högra, i ena halfvan af bålen och i ena öfverarmen. I det akuta stadiet var också halsens muskulatur mycket medtagen. Processen var således mycket utbredd i detta fall. På fjärde dygnet instälde sig ett häftigt anfall af andnöd med ty åtföljande lungödem, hvilket fortfor mer än ett dygn. Barnet hade visserligen lindrig dyspné under en veckas tid, men först efter en

vecka upprepades det häftiga anfallet af andnöd, som denna gång endast varade några timmar. Jag ser ingen annan förklaring till dessa anfall af dyspné ligga närmare till hands än en affektion af vagus, h. e. vaguskärnen i bulben.

Uti trenne fall har jag observerat symptom, som angifva, att *den sjukliga processen uti de motoriska kärnarna vid den infantila paralysien kan sträcka sig ända upp till kärnarna för oculomotorius* och gifva anledning till en ophthalmoplegia externa, till rubbningar uti ögonrörelsernas koordination, nystagmus, samt till olikstora pupiller och rubbningar i pupillarreflexen. En *ophthalmoplegia externa* anser jag mig hafva observerat *i fallet n:r 34*, där ögonen stodo alldeles stilla, blicken var stel, således båda ögonens samtliga yttre muskler förlamade. Huru pupillarreflexen förhöll sig, blef ej utrönt i detta fall. Efter döden funnos förändringar i abducenskärnen i detta fall. Ledsamt nog hade ej så mycket af mesencephalon medtagits, att de högre upp belägna kärnarna för oculomotorius kunde undersökas.

I fallet 22, där döden inträffade den 9 september, hade dagen förut intet abnormt observerats från ögonen, men på morgonen samma dag, som barnet dog, anmärktes *nystagmus* på båda ögonen, samt att *den högra pupillen var större än den vänstra.* Liknande symptom af öfvergående natur observerades under några dagar i feberstadiet af *fallet n:r 10.* På andra dagen efter insjuknandet (barnet förlamadt i båda benen, vänstra armen och vänstra facialis) anmärktes, att *ögonens* ställning under vanliga förhållanden syntes normal, men, då man kunde få barnet att fixera ett föremål, blefvo deras *rörelser ej fullt koordinerade;* på båda ögonen syntes en *oscillerande nystagmus, starkare på den vänstra; pupillerna* lika stora; *reagera* för växlande ljusintryck, *den högra lifligt, den vänstra trögare.* I fallet 40 var den högra pupillen större än den vänstra, i fallet 56 åter den vänstra större än den högra. Att förklara dessa här ofvan omtalade förlamningssymptom från ögonen genom en affektion af de kring aquæductus Sylvii belägna oculomotoriuskärnarna, ligger väl mycket nära till hands. Nystagmus och strabism af öfvergående natur observerades också i det akuta stadiet af fallet n:r 55, men då detta har alla karaktererna af en poliencefalit, kan man ju i *ett sådant fall* lägga orsaken i cerebrum och icke i kärnarna, ehuru jag är mera böjd för det senare äfven i detta fall.

Endast i ett enda fall, i fallet 34, kan man hafva en miss-

tanke på, att tuggmusklerna varit paretiska, då, som det heter i beskrifningen, barnet »bara låg och gapade», kunde tydligen icke draga upp underkåken. *Om detta skulle tyda på en affektion af trigemini motoriska kärne, så skulle det hafva visat sig, att samtliga motoriska kranialnerver någon gång i något fall visat sig angripna af sjukdomen.*

Af ofvan stående redogörelse för förlamningssymptomen från kranialnerverna kunna vi se, att facialis är den, som oftast angripes, och att facialisförlamning kan förekomma enastående i ett mindre antal fall, samt att den förekommer tillsammans med extremitetsförlamningar, utan att fallen därför visa sig särdeles elakartade, hvilket också gäller om abducens, ehuru den mera sällan angripes. Med de öfriga kranialnerverna har förhållandet varit ett annat. Ingen af dem har i något fall varit ensam förlamad utan samtidiga förlamningssymptom i följd af poliomyelit eller polynevrit, lika litet som förlamning uppträdt i två och två tillsammans utan annan samtidig förlamning (såsom t. ex. facialis + abducens i ett par fall från 1888 och 1893). I de fall af infantil paralysi, i hvilka äfven förekommit förlamningar från andra kranialnerver än facialis och abducens, har en kombination af förlamningar uppträdt, så att t. ex. i ett fall jämte extremitetsförlamningen visade sig förlamning uti oculomotorius + facialis, i ett annat uti oculomotorius + vagus, i ett tredje uti facialis + accesorius + vagus, i ett fjärde uti hypoglossus + abducens, i ett annat uti facialis + accessorius o. s. v. Fallet 47, polynevrit + poliomyelit, utgör i viss mon ett undantag från denna regel, då vagus var den enda af bulbens nerver, som i detta fall var angripen. Det samma kan sägas om fallet 40, om pupillförstoringen får anses bero på en affektion af oculomotorii kärne. Alla dessa sjukdomsfall hafva i allmänhet varit mycket allvarsamma till sin natur i öfrigt.

I intet fall hafva så många af kranialnervernas kärnar varit angripna som i det synnerligen foudroyanta fallet 34, där, jämte den genom hela medulla spinalis gående degenerationen i de motoriska kärnarna, vid den mikroskopiska undersökningen visade sig samma förändringar uti hypoglossi, vagi, facialis och abducens kärnar. Af symptomen under lifvet synes det sannolikt, att äfven oculomotorii och trochleraris' kärnar varit angripna i detta fall, ja sannolikt också trigemini.

I fallet 22, som också gick till döden i det akuta stadiet, visade sig under lifvet (barnet låg sista dygnet i coma) sym-

ptom från oculomotorius och vagus. I detta fall konstaterades efter döden förändringar i den ena vaguskärnen och i hypoglossi båda kärnar.

Huruvida förlamningar i kranialnerverna i några fall böra tillskrifvas en periferisk nevrit, t. ex. i fallen 11 och 26, 16, 29, 47, som för öfrigt erbjödo bilden af en polynevrit, måste jag lemna oafgjordt och erkänna, att detta är möjligt, ehuru jag å andra sidan icke finner det på minsta sätt onaturligt, att en polynevrit kombineras med en poliomyelitis bulbi. Uti en del andra fall åter, som haft karakteren af en poliomyelitis anter. acuta, bör man ex analogia kunna antaga, att det varit förändringar uti de motoriska kärnarna, som gifvit anledning till förlamningen. Facialiskärnens ganglieceller, likasom de motoriska kranialnervernas öfver hufvud taget, äro ju morfologiskt och fysiologiskt fullkomligt ekvivalenta med gangliecellerna uti ryggmärgens främre grå horn. Och med tanke därpå, kan man icke återhålla den frågan, hvarför skulle cellerna i dessa motoriska kärnar vara okänsliga för den infantila paralysiens gift, ja absolut okänsliga? Ingen kan lemna ett tillfredsställande svar på den frågan. Men vore det ett faktum, att bulbens kärnar aldrig angrepos vid den infantila paralysien, så finge man böja sig för detta faktum och lemna förklaringen å sido. Detta är emellertid icke något faktum, och vi slippa att fundera på en obegriplig sak. Det finnes, såsom jag ofvan visat, från de epidemier jag observerat ganska talrika icke blott kliniska utan äfven patologisk anatomiska, säkra bevis för den i mitt tycke helt naturliga företeelsen, att äfven de motoriska kärnarna i bulben understundom angripas af den infantila paralysien.

Jag är fullkomligt öfvertygad därom, att sedan uppmärksamheten blifvit riktad på denna företeelse, skola de, som blifva i tillfälle att iakttaga akuta fall af infantil paralysi, komma att bekräfta riktigheten af mina observationer och medgifva, att det icke är en så alldeles sällsynt företeelse, att kranialnerverna äro afficierade vid denna sjukdom. Naturligtvis får man icke vid bedömandet af sådana fall vara intagen af den gamla (synlig i arbeten af ganska färskt datum) skefva föreställningen, att förlamningssymptom från kranialnerverna ovilkorligen skulle tyda på ett cerebralt lidande, och på denna grund genast rangera ut sådana fall från den infantila paralysien. En poliomyelitis bulbi är något helt annat i anatomiskt hänseende än en polien-

cephalitis. Den kan, såsom jag visat, uppträda självständigt (facialisförlamning), den kan komplicera så väl en poliomyelit som en polynevrit, ja, den kan mycket sannolikt komplicera äfven en poliencefalit, men förblir äfven i detta fall en poliomyelitis bulbi.

Poliencephalitis acuta eller hjärnbarksförlamning har förekommit i några sjukdomsfall under 1887 och 1895 års epidemier, hvaruti jag ser ett ganska säkert bevis för den satsen, att den vanliga akuta poliencefaliten hos barn beror på samma infektionsämne som den vanliga spinala infantila paralysien. Blicka vi tillbaka på fallen 13, 44, 55 och 57, så möter oss den typiska bilden af en halfsidig poliencefalit i tre af dessa fall, 13, 44 och 57, ett akut feberstadium med somnolens o. s. v., ryckningar och förlamningar i ena kroppshalfvan, hemiplegi med spastiska symptom och höjda senreflexer. I fallet 55 äro tecknen till en poliencefalit icke mindre tydliga, ehuru de tyda på en mera diffus process i hjärnbarken *med symptom från båda hjärnhemisfererna.* Då åtminstone tre af dessa fall, 13, 55 och 57, *inträffade under det den infantila paralysien var mest gängse i Stockholm*, talar detta med visshet för samhörigheten med denna sjukdom. Dessa sjukdomsfall gömma för öfrigt i sig självfva mycken likhet med den infantila paralysien. Jämför man symptomen mellan poliencefaliten och poliomyeliten i det akuta stadiet, så märker man genast *likheten i den akuta intoxikationens allmänna verkningar*, och att olikheten betingas uteslutande af den olika lokalisationen i nervsystemet. Det är med poliomyeliten och poliencefaliten som med svalgdifteri och krup, hvilka af många ansetts såsom två skilda sjukdomar. Men den tiden är ju längesedan förbi, tack vare kliniska iakttagelser, hvilka bakteriologien sedan bekräftat. Tiden är nu också inne, att vi från klinisk etiologisk synpunkt sätta icke blott poliomyeliten och polynevriten utan äfven poliencefaliten under en och samma rubrik, den infantila paralysien. Den dagen randas nog, då bakteriologerna finna den gemensamma patogena mikroben.

I fallen 13 och 44 har en isolerad abducens-förlamning uppträdt samtidigt med symptomen af poliencefalit. Jag antager, att abducens-förlamningen icke i något af dessa fall berott direkt på poliencefaliten utan på en tillfällig komplikation med en affektion af abducenskärnen i bulben. Då en sådan komplikation observerats äfven vid andra fall af infantil

paralysi, belyser den ytterligare sambandet mellan poliencefalit och vanlig infantil paralysi.

Det finnes fall af infantil paralysi, i hvilka man kan tveka, om man bör anse en poliencefalit hafva funnits eller ej. Fallet 53 t. ex. hade för öfrigt karakteren af en poliomyelit, men under det akuta stadiet hade ryckningar förekommit i vänstra armen, således blott i den ena sidan (möjligen hade sådana förekommit äfven i vänstra benet, men modern var ej säker härpå), och vid undersökningen i restitutionsstadiet observerades förhöjda patellarreflexer på vänstra benet. Dessa symptom tillkomma ej den vanliga poliomyeliten, men väl poliencefaliten. I ett sådant fall som nr. 56 t. ex., som kännetecknades af en vänstersidig, akut bulbärparalysi och polynevrit, talade den starka yrseln, den betydliga dåsigheten och de allmänna ryckningarna under det akuta stadiet för en icke oväsentlig affektion af hjärnbarken. Det är således icke osannolikt, att i det akuta stadiet en poliencefalit kan förekomma tillsammans med en vanlig poliomyelit eller någon annan lokalisation på nervsystemet.

Särskild uppmärksamhet förtjänar den omständigheten, att endast ett af dessa fall, nr. 44, efterlemnat en spastisk hemiplegi för framtiden. De tre andra, 13, 55 och 57, hafva återgått till hälsa, fallen 55 och 57 alldeles fullständigt. Detta visar, att prognosen under det akuta stadiet af poliencefaliten icke är så alldeles ogynsam, ja sannolikt bättre än vid poliomyeliten quoad valetudinem completam. Denna observation framkallar altså den tanken, att icke så få fall af poliencefalit torde blifva förbisedda och i stället dignosticerade såsom botade meningiter.

Om blandningsformer. Af det föregående torde tydligt framgå, att den infantila paralysien ingalunda alltid är spinal, ännu mindre uteslutande spinal. Det är tydligen icke blott ryggmärgens främre grå horn utan äfven andra delar af nervsystemet, som angripas af denna sjukdom. Vi finna uti kasuistiken, huru sjukdomen uppträder under formen af en poliomyelit, en polynevrit, en poliomyelitis bulbi (facialisförlamning) eller en poliencefalit. Men det är icke altid så, att det den ena gången är rygmärgen ensam (poliomyelitis) eller en annan gång uteslutande hjärnan (poliencephalitis), som angripes af sjukdomen. Och det skulle vara högst besynnerligt, om det förhölle sig så. Vi veta tvärtom af det föregående, att många fall förekomma, i hvilka giftet samtidigt angriper olika delar af

nervsystemet hos samma individ, hvarigenom blandningsformer i lokalisationen uppkomma, på hvilka jag flere gånger i det föregående fästat uppmärksamheten. Huru ofta sådana blandningsformer förekommit, och hvilka lokalisationer uppträdt tillsammans i de olika fallen, torde bäst framgå ur nedan meddelade tablå öfver de 64 fallen från 1887 och 1895.

Paralysia spinal. lumbal. simplex	32
» » cervicalis	5
» » completa	4
» » lumbalis + n. abducent. (28, 35)	2
» » » + n. oculomotor. (40)	1
» » completa + facialis (23)	1
» » » + facialis + oculomator. (10)	1
» » lumbal. + facialis + polyneuritis (11)	1
» » completa + n. vagi + polyneurit. (47)	1
» » + paralysia bulbi completa (döda) (22, 34)	2
Monoplegia facialis (8, 24, 41)	3
Polyneuritis acuta simplex (6)	1
» cum ataxia (19, 33, 54)	3
» cum ataxia + paralysia facialis (26)	1
» cum ataxia + paralysia nn. abducent. et hypogloss. (16)	1
Poliencephalitis acuta (55, 57)	2
» » + paralysia n. abducent. (13, 44)	2
» » + polyneuritis + paralysia nn. facial., hypogloss. et accessor. (56)	1
Summa	64

Vid uppställandet af denna tablå har jag iakttagit den försiktigheten att icke göra blandningsformer af andra fall än dem, om hvilka intet tvifvel kan råda i det hänseendet. Fallet 64 t. ex. har jag räknat till paralysia spinal. lumbal. simplex, ehuru det är mycket sannolikt, att i detta fall också förelegat en polynevrit. I fallet 53 är det ju möjligt, att jämte poliomyeliten också funnits en poliencefalit, men äfven detta fall har jag räknat till de enkla spinalparalysierna. Tabellen talar ju ändå ett språk, som bör vara lätt för hvar och en att förstå.

3. **Om prognosen**

kan man säga, att den egentliga poliomyeliten är den farligaste så väl för lifvet som för den framtida hälsan, och af poliomyeliterna är poliomyelitis lumbalis den farligaste; den

går mycket sällan till fullständig hälsa. Poliomyelitis cervicalis är mindre intensiv än den lumbala, går lättare öfver och efterlemnar mera sällan kvarstående förlamningar. Om jag skiljer rena enkla fall af paraplegia inferior och superior från de öfriga, så får jag bland de 64 fallen 32 fall af atrofi och paralysi i de nedre extremiteterna och endast 5 fall af ren armförlamning. Vid polynevriten synes prognosen vara mycket gynsammare än vid poliomyeliten, hvilket jag redan framhållit på sid 57 med särskildt afseende på fallen 6 och 54. Icke mindre gynsam är prognosen vid den akuta ataxien, så att jag förmodar, att det är just denna form af ataxi, som förtjänar epitetet »heilbar».

Symptomen af rubbningar i bulbens kärnar under det akuta stadiet gå också tillbaka, hvad flertalet nerver beträffar, frånsedt de fall, som medföra döden. De enda af hufvudets nerver, som hemsökts af kvarstående förlamningar, hafva varit abducens i 3 fall och facialis uti 7 fall. Då jag icke har att inräkna mera än 8 bland de 64 fallen såsom kvarstående armförlamningar (5 enkla och 3 andra), skulle däraf framgå, att affektionen af kärnen för facialis är tämligen likstäld med kärnarna uti cervikalansvällningen, hvad känsligheten vidkommer uti den infantila paralysien.

För prognosen har barnets ålder ganska visst en betydelse. Ju spädare barnen äro, dess känsligare äro de, desto svårare angripas de, och desto betydligare blifva de efterföljande och kvarstående förlamningarna. Måhända gäller detta icke om de spädaste, om dem under de allra första lefnadsmånaderna. Den infantila paralysien lemnar sannolikt en fullständig immunitet efter genomgången sjukdom. Jag har aldrig observerat, att den angripit ett barn, som förr varit utsatt för den samma.

III. Det akuta stadiets patologiska anatomi.

Såsom det framgår ur min förut meddelade kasuistik afledo i september månad 1887 3 barn och i början af oktober en 21-årig kvinna uti det akuta stadiet af infantil paralysi. Om flere dödsfall möjligen inträffat i Stockholm vid denna tid, har jag icke kunnat utröna. Den 21-åriga kvinnan dog på Serafimerlasarettets medicinska klinik och hör således icke till mina egna observationer. Ett af de barn, som afledo, dog under en

annan läkares vård, hvilken med någon tvekan ställt diagnosen meningit, men då en broder till detta barn samtidigt insjuknade uti infantil paralysi, trodde min kollega, att barnet dött i denna senare sjukdom, och detta var också mycket sannolikt på grund af den utbredda förlamningen i kroppen, som observerades före döden. Se tillägg till fallet 26! De två andra barnen kommo till min observation redan under lifvet, och jag blef i tillfälle att i dem både iakttaga sjukdomsförloppet och verkställa autopsi efter döden. En tre-årig flicka dog på sjätte, och en annan, fem månader gammal, dog på femte sjukdomsdagen. Sjukhistorierna och de utförliga obduktionsberättelserna återfinnas i kasuistiken under n:r 22 och n:r 34. Man träffade i det närmaste samma förändringar uti organismen i båda fallen.

Tecken till allmän infektion. I det ena fallet antecknades vid den yttre besiktningen en mindre, subkutan blodutådring. Vid den inre besiktningen framträdde skarpt de förändringar, som man vanligen finner vid de mest intensiva infektionssjukdomar. Blodet var mörkt, tjockflytande. I ena fallet funnos små blödningar under pleura och endocardium. Hjärtköttet var förändradt till utseende, grumligt, till färgen gråródt (*myocarditis*). Lefvern påfallande slapp till konsistensen, parenkymet grumligt, snittytan i ena fallet af brunröd färg med en grå anstrykning, i det andra fallet äfven svällande öfver snittranden (*hepatitis parenchymatosa acuta*). Mjälten något sväld, lös och sladdrig till konsistensen, parenkymet skört, mörjigt, i ena fallet med svälda, rödgrå, diffusa Malphighiska kroppar (*splenitis parenchymatosa acuta*). Njurarna i ena fallet endast lösa till konsistensen och hyperemiska i det andra med svällande snittrand och grumling i barksubstansen (*nephritis parenchymatosa acuta.*) Tarmarnas slemhinna hyperemisk, sväld, uppluckrad, med ansvällning af såväl solitära körtlar som Peyerska plaques, de senare starkt infiltrerade, fläckvis hyperemiska, (*enteritis follicularis acuta.*) Mesenterialkörtlarna svälda, gråröda.

Förändringar i det centrala nervsystemet. Inom hjärnskålskaviteten märktes en ringa hyperemi i hårda och mjuka hjärnhinnorna med klar subaraknoidalvätska. I ena fallet föreföll den hvita hjärnsubstansen något blodöfverfyld, men för öfrigt syntes på intet ställe i hjärnan någonting nämnvärdt abnormt. I det ena fallet sågo vi en tydlig hyperemi i den

grå substansen af medulla oblongata, i det andra var den mindre tydlig, då parenkymet i sin helhet här liksom i pons syntes mera fuktigt och blodrikt än normalt.

Uti ryggradskanalen och ryggmärgen framträdde förändringarna så mycket skarpare, svårast dock i fallet n:r 34, som handlar om det yngsta, ett 5 månaders barn. Redan *periostet i ryggmärgskanalen* var starkt *hyperemiskt* i detta fall. Hos båda fann man *intensiv hyperemi i dura mater*, i synnerhet vid hals- och ländansvällningen samt kring de afgående nervstammarna. I båda fallen fans också en icke ringa *blödning på utsidan af dura mater*, i ena fallet vid hals-, i andra fallet vid ländansvällningen. *Mjuka hinnorna* i det ena fallet *hyperemiska*, i synnerhet på baksidan af hals- och ländansvällningen.

Ryggmärgen visade redan i fallet n:r 22, det lindrigare, som träffat ett 3-årigt barn, makroskopiska förändringar. De *främre grå hornen* voro *blodöfverfylda*, brunröda med mörkare strimmor och punkter samt *något svällande*, kontrasterande mot de grå, gelatinösa, bakre hornen. Upptill *i ländansvällningens högra främre horn* en *knappnålshufvudstor blödning*. För mikroskopet visade denna ryggmärg betydliga patologiska förändringar.

I *det andra fallet, hos det späda barnet*, mötte vi än mera markerade förändringar: *hyperemi* såväl *i främre som bakre hornen* och i de vänstra främre nervrötterna längst upp i ryggmärgen; den *hvita substansen* genom hela ryggmärgen, *lös, uppsvällande öfver snittranden; betydlig hyperemi i halsansvällningens främre horn med punktformiga blödningar* i det vänstra. Längre ned likaså, men här äfven stark hyperemi och ansvällning af det bakre vänstra hornet. Hyperemien i den grå substansen, *i dorsaldelen mindre*, men *tilltager* betydligt *i ländansvällningen* och är *mera intensiv i de främre hornen*, som äfven synas *ansvälda*, det vänstra något mera än det högra. Nederst i ländansvällningen äro gränserna för hornen diffusa mot omgifvande väfnad, som äfven är hyperemisk.

Sådan är den makroskopiska bilden vid en liköppning i det akuta stadiet af infantil paralysi. De parenkymatösa inflammatoriska förändringarna i kroppens inre organ äro särdeles slående och behöfva inga vidare kommentarier. Det är alldeles klart, att vi uti denna sjukdom hafva att göra med ett toxin, som verkar förstörande öfveralt i organismen, i svåra fall synnerligen intensift. Jag behöfver icke häller vara vidlyftig

för att framhålla den fullkomliga analogien mellan utseendet på inre organ vid denna sjukdom och vid dödsfall efter några dagars sjukdom i någon annan häftig infektionssjukdom t. ex. scarlatina. På grund af likheten i sjukdomsförloppet har man, såsom förut är nämndt, antagit, att den akuta infantila paralysien hörde till infektionssjukdomarnas kategori. Något patologisk anatomiskt bevis för detta antagande hafva vi förut icke haft. Jag anser mig hafva lemnat ett positift och ovedersägligt sådant uti de obduktionsberättelser, jag här ofvan meddelat.

Redan den kliniska erfarenheten har lärt oss, att den akuta infantila paralysien i flertalet fall häftigast angriper de spädaste barnen. De patologisk anatomiska resultaten vid liköppningarna af de två ofvan nämnda barnen peka åt samma håll, och gäller detta såväl förändringarna uti organismen i allmänhet som i synnerhet de förändringar, som träffa nervsystemet, hvilket den mikroskopiska undersökningen också konstaterade

Ledsamt nog tillvaratogs vid obduktionerna endast ryggmärgen och medulla oblongata jämte pons för härdning och mikroskopisk undersökning. Hade jag förut haft den föreställning, som jag nu har, om den sjukliga processens utbredning i nervsystemet under det akuta stadiet, skulle nog öfriga delar af det centrala nervsystemet blifvit tillvaratagna och mikroskopiskt undersökta. Emellertid har den undersökning som blifvit gjord af d:r J. Rissler ett stort intresse, icke minst på grund af materialets ovanliga beskaffenhet. Ingen hade förut varit i tillfälle att studera förändringarna i nervsystemet uti fall, där döden inträffat redan uti det akuta stadiet. Jag går nu att lemna en kort redogörelse för den mikroskopiska undersökningens resultat.

Mikroskopien visade först och främst **i de främre grå hornen** *en intensiv hyperemi och exsudation, utvidgade blodkärl, fylda med blodkroppar, enormt utvidgade lymfkärl, exsudation af blodets samtliga beståndsdelar, men mest af levkocyter, som fullproppa lymfrummen samt adventitier och lymfskidor kring de större kärlen.* Där förändringen var intensivast, syntes äfven utträde af röda blodkroppar, dock utan sådana blödningar, som skulle hafva betingat en kärlbristning. För blotta ögat syntes i ena fallet på ett enda ställe i ett af de grå hornen en knappnålshufvudstor blödning, som väl näppeligen kommit till stånd utan en kärlbristning, i det andra fallet visade sig på några ställen punktformiga blödningar. Möjligen hafva dessa senare

varit enormt utvidgade kärl. Säkert är, att kärlbristning med direkt bloduttråde endast sällan kunnat iakttagas i den mängd mikroskopiska snitt som blifvit gjorda.

Utom dessa abnormiteter i kärlsystemet fans *en massa leukocyter äfven i hornens grundsubstans.* Deras mängd växla *på olika ställen, på somliga* äro de *så talrika* och utbredda i hela hornet, *att cellkärnarna täcka alt annat i preparatet;* det ser då ut nästan som en puriform smältning, och man har svårt att urskilja myelindroppar och de i hög grad degenererade gangliecellerna; det är ock på sådana ställen blödningar visat sig. *På andra ställen ser endast en del af hornet sådant ut. På andra slutligen* synes endast en *ringa cellutvandring i kärlens närmaste omgifning.*

Det är således tydligt, att vi hafva framför oss en *intensiv, från kärlen utgående inflammatorisk process i hela det främre hornet.*

Gangliecellernas förändringar äro naturligtvis af största intresse.

Den första förändringen, som skönjes, är *grofkornig grumling i protoplasmat.* Det synes i de till formen tämligen bibehållna gangliecellerna större och mindre korn (lätt färgbara), inströdda eller ordnade i viss mon i rader omkring kärnen och äfven liggande i rader utåt i cellernas utlöpare. Ännu mindre korn förekomma, och stundom så talrikt, att de täcka kärnarna, i hvilka till en början inga förändringar synas (bild. 1).[1])

En annan förändring, som anträffades i hypoglossus-kärnen uti fallet 34, gaf åt gangliecellerna ett egendomligt utseende. De hade i det närmaste mistat sina utlöpare, sågo klara och genomskinliga ut med tydlig kärne och togo ej upp färgämnen. Äfven sådana äro sannolikt ett tidigt stadium af degeneration. I fallet 34 hade förlamning visat sig på tungan 2 dagar före döden (bild. 2).

Att talrika öfvergångsformer skola finnas är ju helt naturligt. *Den vanligaste formen* af degenererade ganglieceller *äro runda, strukturlösa,* tämligen starkt *ljusbrytande klumpar utan spår till kärne och i regel utan hvarje spår af utlöpare. På många ställen* kan man se, huru *utvandrade celler,* sannolikt hvita blodkroppar, *hopat sig omkring gangliecellerna* (i de pericellulära rummen?), i mindre eller större mängd, *ibland*

---

[1]) Alla bilder äro autotypier efter RISSLERS, a. st.

mycket talrika rundt hela cellen och visande amöboida cellers bizarra former. Ju större mängd levkocyter kring cellen, desto högre grad af regressiv metamorfos (bilderna 3 och 4).

Nervtrådsnätet i hornet visade tecken till sönderfall; det syntes nämligen *här och där hopar af myelinklumpar efter de degenererade nervtrådarna.*

I sidosträngarna träffas förändringar af stort intresse och mycket betydligare, än man kunnat föreställa sig. Om den del af sidosträngen, som är degenererad, får man den bästa föreställningen genom att betrakta ett tvärsnitt, färgadt enligt Weigerts hematoxylinmetod, men bilden däraf kan icke genom autotypi återgifvas, utan har genom en schematisk teckning reproducerats. *Det prickade halfmånformiga partiet i bilden 5 utvisar sätet för den degenerativa processen*, hvilken således håller sig helt och hållet till *den del af sidosträngen, som* hufvudsakligen *innehåller s. k. intermediära nervtrådar* eller associationsbanor. Processen synes sträcka sig bakåt emot de korsade pyramidbanorna, hvilka själfva icke visade någon sjuklig förändring. Som vi veta finnas intermediära nervtrådar äfven ibland pyramidbanans, och dessa intermediära trådar kunna ju vara förändrade. Det förtjänar att observeras, att RISSLER icke fann några inflamatoriska förändringar utanför de främre hornens gränser i zona limitans lateralis.

Bäst studerar man förändringarna i sidosträngen på *längdsnitt* (se bild. nr 6). Inströdda mellan till utseendet normala nervtrådar, ser man andra *stadda i sönderfallning*, nervtrådens *axelcylinder* delas i *större eller mindre stycken*, hvilka äro *upprullade* i korkskrufsform *eller ansvälda i ändarna. Myelinskidorna dela sig* i längre eller kortare, rundade segment, som ligga i rad i den förra nervtrådens plats. *Myelinklumparna äro antingen tomma eller omsluta resterna af axelcylindrarna.* Äfven förekomma, ehuru sällan, kollossala ansvällningar af axelcylindrarna lika som vid akut myelit (CHARCOT och HAYEM). *I glia och i kärlen* inga påfallande förändringar, ingen hyperemi, ingen nämnvärd förökning af levkocyter eller kärnar, således *inga tecken till en inflammatorisk process.* Denna *degeneration* i associationsbanorna från och till förstörda ganglieceller är altså *sekundär* eller lika med den degeneration, som alltid uppstår i nerver, beröfvade eller skilda från sitt nutritiva centrum.

Motoriska nerverna. I de främre rötterna finnes *sekundär degeneration*, i intensitet svarande mot den sjukliga processen i

det korresponderande grå hornet. I den Schwannska skidan ser man *stycken eller klumpar af myelinskidan* utan synbara eller någon gång synliga rester af axelcylindrar. Bild 7 B från en rot vid lumbalansvällningen i fallet nr 22 återger tre nervtrådar med olika grad af degeneration. Bild 7 A ofvanför återger en frisk nervtråd, behandlad på samma sätt.

Är den inflammatoriska processen i nervsystemet att betrakta såsom primär i gliasubstansen eller i gangliecellerna? Är degenerationen i dessa senare sekundär i förhållande till inflammationen i glia? Dessa frågor hafva blifvit diskuterade rätt lifligt.

Som bekant hafva ROGER och DAMASCHINO förfäktat den meningen, att inflammationen i grundsubstansen vore det primära i sjukdomsprocessen, under det CHARCOT åter har häfdat den satsen, att gangliecellerna angripas och duka under oberoende af inflammationen i omgifningen, och att inflammationen i grundsubstansen är att uppfatta såsom sekundär.

Mig synes, att man icke bör hålla strängt på någondera af dessa meningar. I mina fall, nr 22 och nr 34, där döden hade följt efter respektive sex à fem dagars sjukdom, visade sig den inflammatoriska processen i kärlen och gliasubstansen hålla jämna steg med degenerationen i gangliecellerna. Hvarest den inflammatoriska exsudationen är mycket liflig, där hafva gangliecellerna också undergått de största förändringarna. Men därför är icke sagdt, att degenerationen i gangliecellerna står i något beroende af den interstitiela inflammationen. Visst icke. På åtskilliga ställen i dessa ryggmärgar kunde man se ganglieceller stadda i degeneration utan synnerligen påfallande förändringar i grundsubstansen, hvilket genast visar, att en inflammatorisk process i grundsubstansen icke är något vilkor för uppkomsten af degenerationen i gangliecellerna. Det är tydligt, att gangliecellerna själfva i första hand äro känsliga för giftets verkningar, och så långt bör man gifva CHARCOT rätt uti hans mening, om hvad som försiggår i de främre hornen under det akuta stadiet. Men att säga, att inflammationen i grundsubstansen är sekundär i den mening, att den skulle vara beroende af förändringarna i gangliecellerna, synes mig icke häller vara berättigadt. Min mening är den, att giftet direkt framkallar den ena så väl som den andra förändringen.

Att en degeneration i gangliecellerna i främre hornen är det främsta och det väsentliga under det akuta stadiet i denna sjukdom, visade sig icke så tydligt hos barnen som hos den

21-åriga kvinnan, hvilken afled på Serafimerlasarettet en vecka efter insjuknandet. Hos henne funnos icke på långt när samma intensiva inflammatoriska förändringar i kärl och glia som hos barnen, ja, de voro på vissa ställen ganska obetydliga, och lika fullt såg RISSLER i detta fall en mycket utsträckt degeneration af ganglieceller och de högsta former af degeneration.

Vår kunskap i sjukdomens patogenes tillåter oss icke att gå längre än dit, där man säger, att de motoriska gangliecellerna hafva den minsta motståndskraften mot detta sjukdomsgift, men att också i den grundsubstans, hvari cellerna ligga inbäddade, lätt uppkommer en inflammatorisk exsudationsprocess, hvilken torde vara mera utpräglad hos barnen och mest intensiv i de spädaste organismerna. Jag kan icke häller finna någon anledning att tillskrifva blodkärlen i ryggmärgen någon särskild affinitet på det sätt som PIERRE MARIE tänkt sig (a. st.). Den akuta processen synes vara strängt systematisk och i allmänhet hålla sig mycket skarpt endast till de främre hornen eller till sådana delar af nervsystemet, som med dem äro ekvivalenta eller nära besläktade. Jag måste ock framhålla såsom ett skäl emot PIERRE MARIES teori om den roll, som kärlfördelningen och kärlen skulle spela, att RISSLER icke nämner något om den inflammatoriska processens utbredning till zona limitans lateralis, hvilken MARIE antager blifva indragen i denna process under det akuta stadiet. Tvärt om betonar R., att processen äfven hos barnen med sin intensiva kärlexsudation höll sig väl begränsad till hornen. Och då hornen icke hafva några från zona limitans skarpt skilda kärlområden, men denna senare ändå icke blir säte för hyperemi och exsudation, så finnes väl härtill ingen annan förklaringsgrund än den, att det är i nervväfnadens specifika natur, som vi hafva att söka affiniteten till giftet, och icke i någon särskild beskaffenhet hos kärlen.

Den sjukliga processens utbredning i nervsystemet belyses i hufvudsak af hvad jag redan anfört. *På tvärsnittet* af ryggmärgen är att märka i vanliga fall dels processen i de främre hornen, dels ock degenerationen i sidosträngarna, hvilken åter blott har betydelsen af sekundär nedstigande sådan i likhet med degenerationen i de främre nervrötterna.

Af intresse anser jag den observationen vara, att *i fallet 22 cellerna i columnae Clarkii*, särskildt i nedre delen af ryggmärgen (och det är ju där de hufvudsakligen finnas), *voro stadda i degeneration.* Liknande iakttagelser hafva sedermera

gjorts af REDLICH[1]) och TREVELYAN[2]) i akuta fall af infantil paralysi. Då det sålunda är visadt, att en sådan förändring inträffar vid infantil paralysi, så är man berättigad att tänka på en sådan affektion i fall, där den möjligen skulle kunna förklara ett för denna sjukdom så ovanligt symptom som ataxien eller inkoordinationen, hvarom jag förut varit i tillfälle att nämna några ord.

I fallet 34 iakttogs vid obduktionen en betydlig hyperemi i ena bakre hornet, och vid den mikroskopiska undersökningen fans häller ingenting annat.

Om den vertikala utbredningen upp igenom ryggmärgen lemnade den makroskopiska autopsien en ganska tydlig föreställning. Däremot voro förändringarna för blotta ögat i medulla oblongata och pons icke särdeles utpräglade. Den mikroskopiska undersökningen bekräftade synnerligen väl de kliniska iakttagelserna eller rättare de förändringar i ryggmärgen och bulben, som dessa iakttagelser låtit oss förmoda. I fallet 22 torde dock böra bemärkas, att ännu 36 timmar före döden (men väl ej senare) kunde barnet röra sina armar, till utseendet normalt. Barnet hade sjuknat den 3 september, blef svagt i benen den 5 och fullständigt lamt i dem den 7, men rörde armarna ännu den 8, låg den 9 komatöst och reaktionslöst samt afled natten mellan den 9 och 10 september. I detta fall voro likväl förändringarna i de grå hornen i halsansvällningen lika starkt utpräglade som i ländansvällningen.

I fallet 22 observerades *degenerationsförändringar i båda hypoglossuskärnarna.*

I fallet 34, där *under lifvet* observerats tydliga *motoriska rubbningar från ögonen* (stillastående ögon, stel blick), *lam tunga*, *oförmåga att svälja* m. m., konstaterades vid den mikroskopiska undersökningen *degeneration i abducens-*, *facialis-*, och *hypoglossus-kärnarna.* Oculomotoriikärnen hade dess värre ej blifvit medtagen för mikroskopisk undersökning. *I båda fallen* kunde den mikroskopiska undersökningen ådagalägga, att den *degenerativa processen angripit* äfven *vagus-kärnarna*, något som jag ej tvekar att sätta i samband med de symptom af kväfning, som närmast medförde döden i båda dessa fall.

Mina talrika kliniska observationer hafva till fullo öfvertygat mig, att hufvudets nerver ej så sällan förlamas under

[1]) v. KAHLDEN a. st. och Wiener klin. Wochenschr., 1894, nr. 16.
[2]) Brain, 1895, Summer and Autumn, s. 248.

det akuta stadiet af den infantila paralysien, och då den mikroskopiska undersökningen visade degeneration i kärnarna i pons och bulben i de fall, som gått till döden, så torde också därmed vara lemnad den patologisk anatomiska orsaken till dessa förlamningar. Riktigheten af dessa observationer kan icke förnekas. Och detta lär håller ingen vilja göra, som rätt uppfattar ekvivalensen mellan dessa motoriska kärnar och dem uti ryggmärgens främre horn. Den obetydliga inflamatoriska retningen omkring kärnarna i pons och bulben, jämförd med dem i ryggmärgshornen hos de aflidna barnen, bevisar, att de förra äro mycket mindre känsliga för sjukdomsgiftet än kärnarna i hals- och ländansvällningen. Men detta är ju endast en kvantitativ skilnad, sjukdomsprocessen är den samma öfveralt.

IV. Om diagnosen.

Under det akuta stadiet kan man svårligen tänka på den infantila paralysien, förr än några motilitetsrubbningar visat sig. Febern, kräkningarna, somnolensen o. s. v. tillhöra ju många andra infektionssjukdomars symptom, men en höggradig somnolens förtjänar dock en särskild uppmärksamhet. För att så tidigt som möjligt ställa diagnosen måste man noga gifva akt på rubbningarna i motiliteten. Hos små barn blifva dessa ofta förbisedda under det akuta stadiet; ty då barnen ligga somnolenta, tysta och stilla, tänker ingen på att de äro lama, i synnerhet som mödrarna lyfta dem ur och i bädden, vända och sköta dem på alt sätt, utan att barnens rörelseförmåga tages i anspråk. Jag har sett små barn, som legat lama i hela kroppen i åtskilliga dagar, utan att omgifningen förstått att uppfatta detta. Man behöfver endast lyfta på extremiteterna, sakta nypa eller sticka i huden, för att snart inse, att barnet är förlamadt. Man bör aldrig försumma att undersöka, om barnet kan stödja på sina ben, om det kan gå eller ej. Vidare måste man göra en noggrann objektiv undersökning för öfrigt, om man skall få reda på de olika förlamningssymptomen, ty vid många af dem fäster omgifningen i första början ingen betydelse. Olikstora pupiller, en ringa grad af strabism eller fasialispares, deviation af tungan och mindre rubbningar i talet, svaghet i bukmuskulaturen eller i bålen m. fl. symptom blifva lätt förbisedda, om man icke undersöker fullständigt och noggrant. Konvulsioner eller t. o. m. små ryckningar, likasom ömhet för vidröring, lägger omgif-

ningen lättare märke till. Sedan motilitetsrubbningarna blifvit konstaterade och man är på det klara med, att man har att göra med en sjukdom i nervsystemet, är diagnosen infantil paralysi i almänhet ganska lätt.

För min del betraktar jag denna sjukdom såsom själfständig och egenartad, hvadan jag från den infantila paralysien skiljer alla förlamningssjukdomar, som uppstå i samband med andra infektioner, exantematiska och tyfösa febrar, difteri, septikemi, pyemi m. fl., äfven om nervsymptomen i dessa fall likna dem vid infantil paralysi. Så t. ex. observerade jag under september månad 1895 ett fall af polynevrit med ataxi efter en tyfoidfeber, men ansåg på nyss anförda grund, att detta icke borde räknas till de infantila paralysierna, ehuru det inträffade vid samma tid som åtskilliga fall af verklig infantil paralysi. Och på samma sätt förfar jag vid diagnosen i alla dylika sjukdomsfall.

Har man uteslutit sekundära förlamningssjukdomar, så återstår att se till, att man icke förväxlar den infantila paralysien med andra akuta idiopatiska sjukdomar i nervsystemet. Man behöfver väl knappast tänka på andra än t. ex. meningiterna och möjligen LANDRY-KUSSMAULS paralys. Akut transvervel myelit lemnar jag ur räkningen, då jag ej kan erinra mig, att jag någonsin sett denna åkomma hos ett barn. Af LANDRY-KUSSMAULS paralys har jag sett blott ett enda fall hos ett barn, och synes mig frånvaron af det akuta feberstadiet, den egendomliga progrediensen i förlamningen utan förändring i den elektriska retbarheten och utan sensibla eller trofiska rubbningar vara symptom, tillräckligt olika med dem uti infantil paralysi för att skydda för en förväxling. Huruvida icke åtskilliga fall, som beskrifvits i literaturen under nyss nämnda namn, rättare tillhöra den infantila paralysien, är åter en fråga, på hvars diskuterande jag icke här lämpligen kan ingå. Med den tuberkulösa meningiten borde icke gärna någon förväxling kunna komma i fråga, men mellan vissa fall af polynevrit och poliencefalit samt akut cerebral eller cerebrospinal meningit kan differentialdiagnosen i det akuta stadiet vara ganska kinkig (se t. ex. fallen 55 och 56). Man gör i sådana fall klokast uti att uppskjuta en bestämd diagnos under afvaktan på det akuta stadiets förlopp, hvilket äfven i svåra fall icke varar mer än 8, mycket sällan 10, dagar och hastigt

öfvergår i det feberfria restitutionsstadiet. Svåra fall af meningit vara mycket längre, om de ej gå till döden, men äro det oaktadt icke förenade med så utpräglade förlamningssymptom eller motilitetsrubbningar som den infantila paralysien, i hvilka sådana uppträda tidigt och stå kvar kortare eller längre tid sedan febern upphört, för att ej tala om de förlamningar, som blifva kvar för all framtid. Meningiten öfvergår icke så hastigt uti ett feberfritt stadium, och medför ej samma växlande och ofta utpräglade förlamningar som den infantila paralysien. Symptomen af spastisk hemiplegi under dessa förhållanden anser jag tala för en poliencefalit i följd af infantil paralysi.

I allmänhet är det lätt att sätta diagnosen, sedan det akuta stadiet är öfver, om man blott har klart för sig, att motilitetsrubbningen kan växla former högst betydligt, alt efter som det är en poliomyelit, en polynevrit, en poliomyelitis bulbi, en poliencefalit eller blandningsformer af dessa, som sätta den hufvudsakliga prägeln på sjukdomsfallet. Ty det stationära paralytiska stadiet erbjuder visserligen i vanliga fall icke någon svårighet vid diagnosen, och i de atypiska fallen beror diagnosen på möjligheten att få noggranna upplysningar om det akuta stadiet eller om förloppet vid början af sjukdomen, såvida man ej varit i tillfälle att själf iakttaga detta. Jag vill här särskildt fästa uppmärksamheten på kvarstående facialis- och abducensförlamningar. Låtom oss se tillbaka på fallet 23 med symptom under det akuta och under restitutionsstadiet af en mycket utbredd poliomyelit och därtill en förlamning i vänstra facialis. Alla andra förlamningar gingo fullständigt tillbaka, men facialisförlamningen står kvar ännu i dag, ett ovedersägligt bevis för, att en sådan förlamning och atrofi i ena ansiktshalfvan kan uppkomma i följd af den infantila paralysien. I ett annat fall, 56, kvarstod efter öfverstånden sjukdom af alla förlamningar, som visat sig under restitutionsstadiet, endast en svaghet i öfre grenen af den vänstra facialis. I detta fall hade oculomotorius (sannolikt dess kärne) på samma sida varit afficierad (pupillutvidgning), och dessutom hade facialis-, hypoglossus- och accessoriuskärnarna varit angripna, och slutligen hade symptom förefunnits af rubbningar i hjärnbarken och de perifera nerverna. Men hvem som ej sett fallet från början kan ana, att alt detta gått förut, då man nu ser det i öfrigt friska barnet med endast det lilla felet, att hon ej kan knipa ihop sitt vänstra öga lika bra som det högra. I det föregående

har jag visat, att vissa fall, och icke så få, af facialisförlamning, i hvilka aldrig någon annan förlamning därjämte observerats, lika fullt böra diagnosticeras som infantil paralysi.

Hvad jag här sagt om facialis, gäller, ehuru i mindre utsträckning, äfven om abducens, som kan blifva förlamad för all framtid.

I sådana fall, som gå till döden i det akuta stadiet, och hvilkas rätta natur kanske icke så sällan förbises, borde dock de utbredda och betydliga förlamningarna samt symptomen af kväfningsdöden gifva äfven en mindre van iakttagare en vink om fallets rätta natur. Sedan CORDIER 1888 och jag 1890 fästat uppmärksamheten på, att fall af infantil paralysi kunna gå till döden, hafva också åtskilliga sådana iakttagelser blifvit gjorda under de senare åren. [1])

V. Terapien.

Jag har försökt en del af de vanliga antipyretica uti det akuta stadiet, såsom antifebrin, antipyrin, kina och salicylsyradt natron. Jag har ej kunnat konstatera något inflytande af dessa medel på sjukdomens gilla gång. Fallet 54 gick visserligen till fullständig hälsa under bruket af salicylsyradt natron, men detta var ett af dessa atypiska fall, för hvilka prognosen i allmänhet är mycket gynsammare. I många af de fall, som gått särdeles lyckligt, har jag icke användt något slags medicin. Mot de häftiga smärtor, hvaraf en del barn lida, måste man tillgripa något narcoticum; jag har i många fall användt morfin. Mot upprepade konvulsioner, och mot långvariga och häftiga ryckningar torde intet medel vara bättre än kloralhydrat i full dosis, antingen per os eller per anum. Det är af vikt att komma ihåg den förstoppning och urinretention, som ej sällan förekomma i det akuta stadiet. I synnerhet gäller denna varning urinretentionen hos de små barnen, som ej kunna redogöra för sina behof. Laxativ och äfven lavemang har jag mycket ofta användt. I åtskilliga fall har det ock varit nödvändigt att medelst kateter tappa urinblåsan under ett eller annat, ja ända till 3 dygn, såsom framgår af kasuistiken. Att jag efter slutet af det akuta feberstadiet användt jodkalium i några fall, vill jag omnämna för fullständighetens skull, men någon verkan däraf har jag icke

[1]) Von KAHLDEN a. st.

försport. Elektricitet, galvanisk ström, liksom massage försökte jag med försiktighet redan mycket tidigt i några fall. Jag kunde icke se någon nytta af denna behandling, men i åtskilliga fall syntes barnen mycket plågas däraf. I de fall därföre, där smärtor och ömhet stå kvar någon längre tid, väntar jag ock med den kraftigre behandlingen, tils dessa symptom äro öfver. Men då anser jag det också vara min plikt att tillråda en kraftig och uthållig behandling. Det gäller att rädda till hälsa och rörlighet all den muskulatur, som möjligen kan till funktionsförmåga återställas och bevaras. Den galvaniska strömmen torde i de flesta fall medföra någon nytta, men där den faradiska retbarheten finnes kvar, tillråder jag hällre den faradiska strömmen, hvars verkan jag föreställer mig vara vida kraftigare. Ihärdig massage, gymnastik och en omsorgsfull ortopedisk behandling kunna uträtta ganska mycket äfven i det atrofiska stadiet för att lindra dessa varelsers ofta beklagansvärda belägenhet. Men jag kommer här in på ett kapitel, som ligger utanför ramen för detta arbete, som jag velat begränsa så mycket som möjligt till sjukdomens akuta stadium.

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

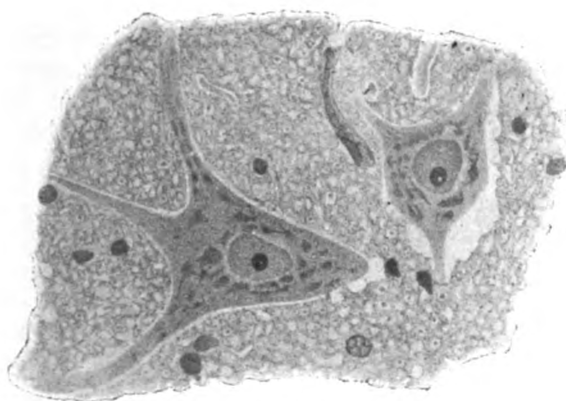


Bild 1.[1]

Ganglieceller i början de degeneration. Infantil paralysi, akuta stadiet.

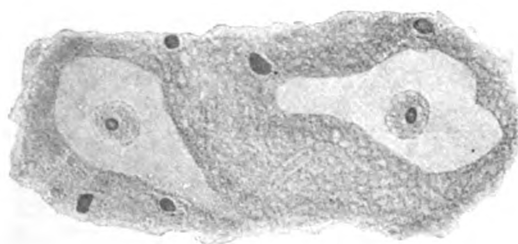


Bild 2.[1]

Ganglieceller i början de degeneration uti hypoglossuskärnen. Infantil paralysi, akuta stadiet.

---

[1] Autotypi efter RISSLER.

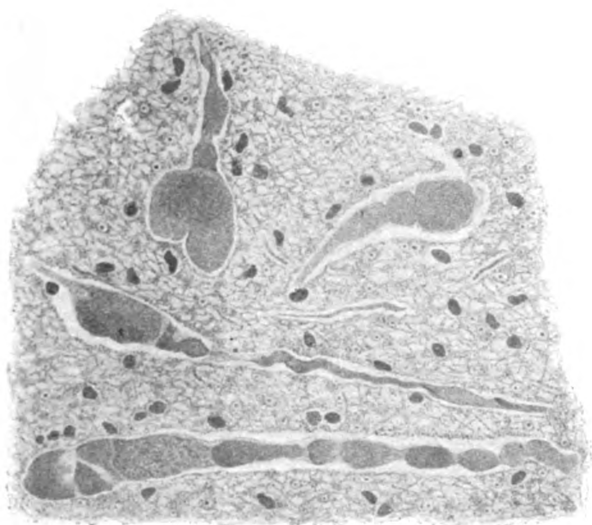


Bild 3.[1])

Degenererade gangliceeller. Infantil paralysi, akuta stadiet.

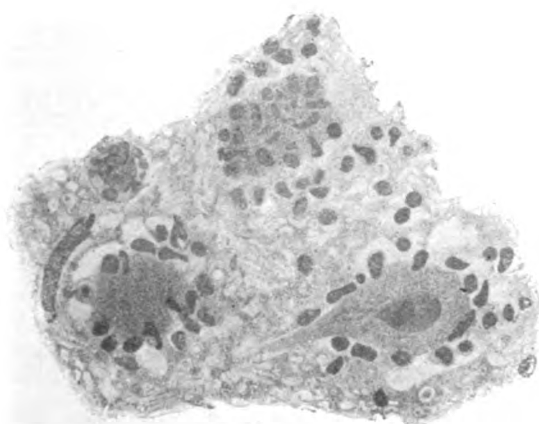


Bild 4.[1])

Degenererade gangliceeller, omgifna af levkocyter.
Infantil paralysi, akuta stadiet.

---

[1]) Autotypi efter RISSLER.

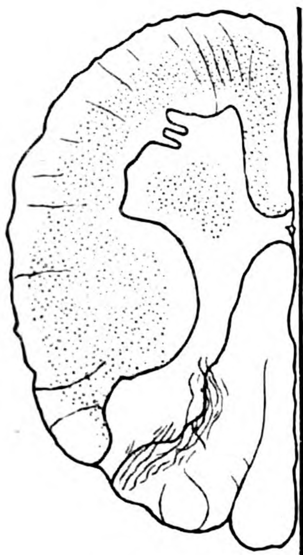


Bild 5, schematisk.

Utbredningen af den sekundära degenerationen i sidosträngen. Infantil paralysi, akuta stadiet.

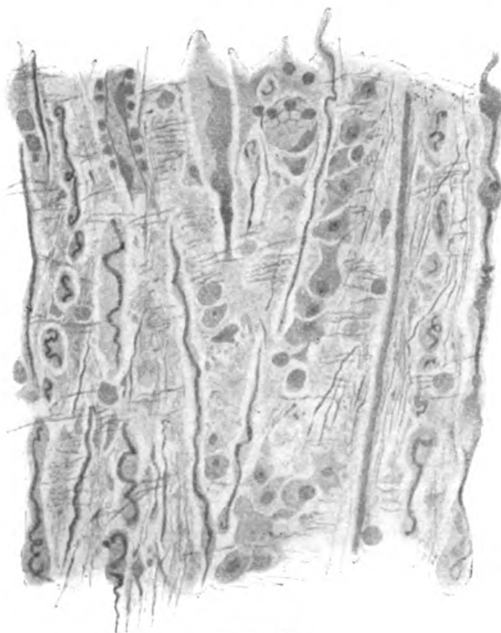


Bild 6.[1])

Sekundär degeneration i sidosträngen. Längdsnitt. Infantil paralysi, akuta stadiet.



Bild 7 A.[1])

En frisk nervtråd.



Bild 7 B.[1])

Nervtrådar i sekundär degeneration. Infantil paralysi, akuta stadiet.

---

[1]) Autotypi efter RISSLER.

Hjärtets Perkussionsforhold
med särligt Hensyn til den »afdämpede» Perkussion.[1])

Af

N. J. STRANDGAARD.
Köbenhavn.

Med 11 Tavler.

I. Den ved almindelig Perkussion fundne relative Hjärtedämpning og dens Variationer under fysiologiske og patologiske Forhold.

Medens nästen alle Forff. ere enige i, at den *absolute* Hjärtedämpning er begränset opad af C IV, indad af venstre

[1]) Närvärende Afhandling er en stärkt forkortet Gengivelse af en af Köbenhavns Universitet prisbelönnet Afhandling med Titelen: »En Fremstilling af Hjärtets Perkussionforhold hos sunde og syge med en speciel, på egne Undersögelser stöttet Redegörelse for den såkaldte afdämpede Perkussion og dennes Betydning.» Reduktionen er väsentlig opnået ved, at den nävnte Afhandlings förste Halvdel, den historiske Del, her kun er gengiven i ganske kort résumé, hvorimod Afhandlingens sidste Halvdel, der indeholder Forf:s egne Undersögelser, er gengiven temmelig uforandret, kun med Ändringer, som nödvendiggöres ved Udelukkelsen af den historiske Del. Desuden er der her af praktiske Hensyn kun meddelt nogle få Exempler i formindsket Målestok af de 90 Afbildninger, som ledsage Originalafhandlingen.

Jeg benytter Lejligheden til her at sende min varmeste Tak til Overlägen på St. Johannes Stiftelse i Köbenhavn, Hr Dr. med. FR. GRÜNFELD, som oprindelig gav mig Initiativet til dette Arbejde og stillede St. Johannes Stiftelsens rige Materiale og sin private Bogsamling til min Disposition. St. Johannes Stiftelsens Reservelåger, de Herrer Dr. med. P. DETHLEFSEN og Dr. med. P. HERTZ, beder jeg også modtage min bedste Tak for den Beredvillighed, hvormed de afstod deres Ret til Sektionsmaterialet. For nyttige Vink med Hensyn til Afhandlingens Omarbejdelse og Offentliggörelse er jeg de Herrer Professorer Dr. med. C. REISZ, Dr. med. F. TRIER og Dr. med., Overläge C. GRAM megen Tak skyldig.

Endelig bedes Hr. Dr. med. ISRAEL ROSENTHAL i disse Blade at se et Svar på sit åbne Brev til Forf. i Hospitalstidende i Maj 1895.

Sternalrand og udad af venstre Parasternallinje, samt svarer til den Del af Hjärtet, som ikke er bedäkket af Lungeväv, hersker der som bekendt den störste Uenighed om Afgränsningen af den *relative* Hjärtedämpning, idet nogle angive ved den almindelige Perkussion eller ved särlige Perkussionsmetoder at kunne bestemme Gränserne af den relative Hjärtedämpning således, at den svarer nöje til hele Hjärtets Forflade, medens andre mene, at den relative Hjärtedämpning kun består af en smallere eller bredere Brämme, der slutter sig til den absolute Hjärtedämpnings Gränse uden i övrigt at stå i Forhold til Hjärtets Gränser. Af disse sidste Forff. er der atter nogle, som mene, at den relative Hjärtedämpning omgiver den absolute både til höjre, opad og til venstre, medens andre påstå, at der kun langs den absolute Hjärtedämpnings övre-ydre Gränse kan påvises et relativt dämpet Parti, men at Brystbenets ejendommelige Perkussionsforhold bevirke, at den relative Dämpning ikke normalt sträkker sig ind på dette Ben.

Vi se forelöbig bort fra de Forff., som mene at kunne bestemme en Dämpingsfigur svarende til *hele* Hjärtet.

For de övrige Forfatteres Vedkommende drejer Uenigheden sig altså hovedsagelig om Bestemmelsen af den relative Hjärtedämpnings höjre Gränse, idet nogle sätte den ved v. Sternalrand, medens andre sätte den mere eller mindre langt ind på sternum, nogle endog ved *höjre* Sternalrand eller lidt uden for.

Spörger man nu, hvad der er det rigtige i så Henseende, må svares, at det närmest bliver en ren Smagsag, om man vil sätte Gränsen det ene eller det andet Sted. Sagen er jo nemlig den, at Begreberne klar og relativt dämpet ikke ere skarpt begränsede fra hinanden. Kun når Lydstyrken närmer sig de extreme Grader, idet den nåer et vist minimum eller maximum, ville de fleste Tilhörere, uden at sammenligne den frembragte Lyd direkte med en anden, hurtig våre på det rene med, at den i det ene Tilfälde er dämpet, i det andet klar. Men imellem disse Yderpunkter ligger der en Skala af Lyd med forskellig Styrke, og som ere sådanne, at man kun ved at sammenligne den foreliggende Lyd med en anden kan afgöre, om den bör kaldes klar eller dämpet, og Forholdet bliver da det, at en og samme Lyd ved at sammenlignes henholdsvis med en Lyd af mindre og större Styrke både kan kaldes klar og dämpet. Netop den Slags Perkussionslyd have

vi at göre med i Pråkordiet. Perkussionslyden på hele det Område af den relative Hjärtedämpning, der ligger til *venstre* for venstre Sternalrand, er i Reglen sådan, at alle ere enige i at kalde den dämpet. Dämpningen har her en Intensitet, som vi kunne kalde R, en Störrelse, der repräsenterer den mindste Styrke, en Perkussionslyd kan have, for at Undersögeren, uden at sammenligne den direkte med en anden, skal kalde den dämpet. Perkuterer jeg derimod på det Område af Präkordiet, som ligger *til höjre* for venstre Sternalrand, så har jeg her en Perkussionslyd, som i Sammenligning med Perkussionslyden f. Ex. i andet eller tredje höjre Interkostalrum i Papillärlinjen kan kaldes dämpet, men som i Sammenligning med Perkussionslyden på den til venstre for sternum liggende Del af Hjärtedämpningen må kaldes klar.

Da nogle nu kun tage Hensyn til den intensere, utvivlsomme Dämpning med Intenciteten R, så er det let at indse, hvorfor de ikke finde nogen relativ Dämpning til höjre for venstre Sternalrand, medens andre, der tillige tage Hensyn til de finere Grader af Dämpning, som kun kunne kendes ved direkte Sammenligning med en absolut klar Perkussionslyd, finde, at Dämpningen sträkker sig til höjre for venstre Sternalrand.

At Gränsen af denne höjresidige Dämpning alligevel angives meget forskjelligt af Forff., beror på, at Intensiteten af den svage Dämpning ikke er ens på hele det nävnte Område, men bliver noget stärkere hen imod venstre Sternalrand. Gränsen bestemmes da forskelligt, eftersom Undersögeren har et mere eller mindre fint Öre til at opfatte Lydforskelligheden.

Efter min Mening bör man kun tage Hensyn til den til venstre for sterum liggende intensere Dämpning. Ti dels skyldes den svage Dämpning, som findes til höjre for venstre Sternalrand, for en stor Del Leverens Närhed, noget, som også flere andre Forff. fremhäve, dels viser det sig jo faktisk, at det er umuligt at blive enige om Gränsen for den svage Dämpning, dels forekommer det mig, at man ved Afgränsningen af et Perkussionsområde så vidt muligt bör holde sig til et sådant, på hvilket Dämpningens Intensitet er nogenlunde ensartet og utvivlsom, og dette kan sikkert kun siges om den venstresidige Hjärtedämpning. Endelig er der flere andre Grunde, som bevirke, at det efter min Mening er det mest praktiske kun at tage Hensyn til den omtalte intensere Del af den rela-

tive Hjärtedämpning, — Grunde, som senere nærmere skulle omtales.

Det fastslås da her, at, når der i det fölgende er Tale om den relative Hjärtedämpning, menes der den utvivlsomme Dämpning, som ikke svarer til Hjärtets anatomiske Udsträkning, men väsentligst kun til den Del af Hjärtet, som ligger til venstre for venstre Sternalrand. Den har Form af en afstumpet Trekant med Spidsen opad. Höjre Gränse ligger ved venstre Sternalrand. Nederste Gränse falder ligesom den absolute omtrent ved sjette Ribben. Venstre Gränse begynder ved Sternalenden af tredje venstre Ribben og löber herfra i en let udad konvex Linje skråt nedad udad omtrent midt imellem Papillen og Parasternallinjen indtil sjette Ribben.

Med Hensyn til denne venstre Gränse af den relative Hjärtedämpning skal endnu bemärkes, at mange mene, at den svarer temmelig nöjagtig til venstre Hjärterand, medens andre (WEIL, NIEMEYER) mene, at dens Forlöb bestemmes af venstre Lungerand, således at den blot löber et Stykke udenfor og parallelt med denne. Efter min Mening står venstre Gränse af den relative Hjärtedämpning närmest i Forhold til selve venstre Hjärterand, dog uden at svare til denne med anatomisk Nöjagtighed, hvorom senere.

Den relative Hjärtedämpning er ligesom den absolute underkastet Variationer under forskellige *fysiologiske* Forhold.

Hos *Börn* er den relativt större og står höjere end hos voxne, medens den er mindre og står lavere hos *gamle Folk*. Ligeledes bliver den mindre under *Inspirationen*, större under *Exspirationen*. Ved *Lejeforandringer* af Legemet forandrer den Plads, i det den rykker längere til venstre i venstre Sideleje og til höjre i höjre Sideleje. I sidste Tilfälde opstår der en tydelig Dämpning på nederste Del af sternum og $^1/_2$ Fingerbred til höjre for samme.

Alle disse Forhold ere så godt kendte, at der ikke er Grund til at komme närmere ind på dem.

Hvad angår den relative Hjärtedämpnings Variationer under *patologiske* Forhold, kan jeg også fatte mig i stor Korthed; kun for enkelte Punkters Vedkommende skal jeg tillade mig nogle Bemärkninger.

Den relative Hjärtedämpnings Forandring under patologiske Forhold kan dels vise sig som en Lejeforandring, dels som en Störrelsesforandring.

Med Hensyn til *Lejeforandringerne* er den betydeligste den, der findes ved den *medfödte transpositio cordis.* Hjärtedämpningen angives her at vise sig som et symmetrisk Spejlbillede af den almindelige Hjärtedämpning.

Hyppigere ere de *akkvisite Dislokationer*, der kunne ske både opad, nedad og til Siderne.

Medens Lungeskrumpninger kun själdnere give Anledning til betydelige laterale Forskydninger, hvis perkussoriske Påvisning desuden ofte vanskeliggöres på Grund af den samtidig tilstedevärende Lungedämpning, kan Forskydningen nå ret betydelige Grader ved Ansamlinger i pleuræ. Störst Forskydning sker ved venstresidig Plevrit, hvor der ved betydelige Grader kan findes en temmelig bred og intens Hjärtedämpning til höjre for sternum mellem fjärde og sjette Ribben. Ved höjresidigt Exsudat indtråder Forskydningen senere og näer själdent så betydelige Grader; dog kan Dämpningsgränsen nå helt ud til venstre Axillärlinje.

Dislokation af Hjärtedämpningen opad sker ved Ansamlinger og tumores i Underlivet og i det hele ved Forandringer, der drive diaphragma i Vejret. Den vigtigste Årsag til Dislokation nedad er Lungeemfysem.

Hjärtedämpningens *Störrelsesforandringer* kunne vise sig som en Formindskelse eller en Forstörrelse af Hjärtedämpningen.

Den hyppigste Årsag til *Formindskelsen* er som bekendt Lungeemfysem. En yderst själden Årsag er pneumopericardium, ved hvilken Hjärtedämpningen dog snarere er helt forsvunden. I Reglen er der dog nedad i Präkordiet dämpet Perkussionslyd på Grund af Ansamling af pus eller Blod, medens Perkussionslyden opadtil er tympanistisk eller metallisk eller endog bruit de pot fêlé. — Pneumothorax kan ligeledes bevirke Formindskelse af Hjärtedämpningen, der da samtidig kan väre forskudt. At Hjärtedämpningen er formindsket ved Atrofi af Hjärtet, angives af de fleste Forff. og tör ikke ganske benägtes. Jeg skal dog göre opmärksam på, at et atrofisk Hjärte ofte er dilateret og Hjärtedämpningen som Fölge deraf forstörret.

Forstörrelse af Hjärtedämpningen kan dels hidröre fra patologiske Forandringer i selve Hjärtet eller Perikardiet, dels fra sådanne udenfor Hjärtet og Perikardiet.

Se vi först på de Förstörrelser, som betinges af *Forandringer i selve Hjärtet*, så kunne vi i närvarende Sammenhäng kun skelne mellem Forstörrelse af höjre Hjärte, Forstörrelse af venstre Hjärte og Forstörrelse af hele Hjärtet, ligegyldigt, hvad Årsagen i det enkelte Tilfälde er, og ligegyldigt, om Forstörrelsen patologisk-anatomisk präsenterer sig som en Hypertrofi eller en Dilatation.

Hvorledes forholder Hjärtedämpningen sig da nu i de her nävnte 3 Tilfälde?

Som almindelig Hovedregel kan siges, at, når höjre Hjärtehalvdel er forstörret, forstörres også Hjärtedämpningen til höjre; når venstre Halvdel er forstörret, foröges Hjärtedämpningens Omfang til venstre, og når hele Hjärtet er forstörret, er også Hjärtedämpningen forstörret i bägge Retninger.

Dette Forhold findes egentlig först ret präciseret hos BOUILLAUD, hvorimod CORVISART kun i al Almindlighed anförer, at Hjärtedämpningen forstörres ved Forstörrelse af Hjärtet.

Angåeende Hjärtedämpningens Forstörrelse i Retning *mod höjre* ved Forstörrelse af höjre Hjärte må bemärkes, at FORGET ikke stemmer overens med de fleste andre Forff. i dette Punkt. Han siger nemlig: »Den isolerede Dilatation af höjre Hjärte er karakteriseret ved en Hjärtedämpning, som sträkker sig til höjre, et Fänomen, som dog er mindre udtalt, end Forff. sige, hvilket beror på de säregne anatomiske Forhold. Da Hjärtet ligger skråt på centrum tendineum diaphragmatis med sin höjre Ventrikel, vil dette Organ, når det dilateres, lettere udvides i Retning til venstre og opad end til höjre og nedad.»

Denne Påstand, som virkelig synes at have megen Berettigelse, er tilsyneladende gået ganske upåagtet hen. Ti hos senere Forff. (SKODA, WINTRICH, BAMBERGER, FULLER, GERHARDT, FRIEDREICH o. s. v.) beröres dette Forhold slet ikke. Disse fremstille derimod Forholdene således, som det også her hjemme er almindeligt, idet de angive, at Hjärtedämpningen ved Forstörrelse af höjre Hjärte forstörres i Retning til höjre og navnlig i *Bredden*, medens den ved Forstörrelse af venstre Hjärtehalvdel forstörres i Retning til venstre og navnlig i *Längden*.

Efter FORGET bliver Forholdet altså således, at Hjärtedämpningen ved Forstörrelse af höjre Hjärte foröges i Retningen opad og til venstre, medens den ved Forstörrelse af venstre Hjärte foröges nedad og til venstre.

Med Hensyn til de enkelte Dämpningsgränsers Flytning skal bemärkes, at överste Gränse ved patologiske Forandringer i selve Hjärtet själdent naer höjere op end til andet Ribben. Venstre Gränse kan rykke helt ud til Axillärlinjen, ja i meget sväre Tilf. kan der väre tydelig dämpet helt om på venstre Bagflade, hvad Forf. selv har set et Exempel på. Höjre Gränse kan flyttes helt ud til höjre Parasternallinje, hvad der vist som Regel må tydes som Forstörrelse af höjre atrium. Ved Forstörrelse af höjre Ventrikel alene naer Dämpningen vist själdent synderligt ud over höjre Sternalrand.

Se vi dernäst på *de patologiske Forandringer i Perikardiet*, som kunne betinge en Forögelse af Hjärtedämpningen, må hydropericardium og pericarditis nävnes i förste Räkke.

Nästen alle Forff. angive enstemmig, at Hjärtedämpningen, når Ansamlingen i Perikardiet ikke er så ringe, at den slet ikke perkussorisk kan påvises, frembyder en så karakteristisk Form, at man alene heraf skal kunne diagnosticere Tilstedevärelsen af flydende Exsudat i Perikardiet.

Dämpningen får da Form af en afstumpet Trekant med Spidsen liggende ved Sternalenden af tredje eller andet venstre Ribben, ved meget betydelig Ansamling endog ved Sternalenden af förste Interkostalrum. Herfra går höjre Gränse skråt nedad til höjre Sternalrand eller endog udenfor indtil höjre Papillärlinje, medens venstre Gränse går skråt nedad til venstre Papillärlinje eller, ved store Ansamlinger, til venstre Axillärlinje.

Denne Form findes dog kun ved betydeligere Ansamlinger. Ved meget ringe Exsudat kan Dämpningen som sagt have normal Udsträkning; men når Exsudatmängden stiger, vil Hjärtet på Grund af sin större Vägtfylde synke til Bunds i cavum pericardii og Vädsken samle sig oppe omkring de store Kar. Hjärtedämpningen vil således ved *begyndende* Perikardialansamling först tiltage i Bredde opadtil, så at den efter v. Dusch får Form af en Trekant *med Spidsen nedad*. Når det voxende Exsudat også fylder den nederste Del af Perikardiet, tiltager Dämpningen også i Bredde nedad til, så at den til sidst får den nävnte Form.

Således fremstilles Forholdet som sagt af de fleste Forff. Dog angive Gendrin og Bouillaud, at Vädsken begynder at samle sig *nedad til*, og at Dämpningen derfor först forstörre omkring apex. Også Joseph Meyer stiller sig tvivlende.

Et Forhold, som jeg ikke har fundet omtalt, og som efter min Mening må spille en Rolle, er, at en betydeligere hydropericardium vist som oftest ledsages af hydrotorax, noget, der må besvärliggöre Perkussionsforholdene i Hjärteregionen og måske undertiden kan give Anledning til den omtalte trekantede Form af Hjärtedämpningen ved Perikardialansamling.

Noget sådant kan vel ikke siges, hvor Exsudatet skyldes en pericarditis; men her er til Gengäld ofte så mange fibrinöse Masser, der forhindre det seröse Exsudats Bevägelighed og bevirke, at man ikke uden videre kan identificere Forholdene ved pericarditis med dem ved hydropericardium.

Ved *hämopericardium*, *pyopericardium*, *Nydannelse* i Perikardiet göre lignende Forhold sig gäldende som ved hydropericardium og pericarditis.

At *sygelige Tilstande udenfor Perikardiet*, som Retraktion af Lungevävet, Infiltrationer i Lungerne, små lokale Plevriter, Anevrysmer på de store Kar, Nydannelser i mediastinum og Deformiteter af columna på forskellig Måde kunne bevirke en Forögelse af Hjärtedämpningen, skal blot nävnes for Fuldständigheds Skyld.

II. Perkussionsmetoder til Bestemmelse af hele Hjärtets Störrelse.

At kunne finde en Metode, ved Hjälp af hvilken man ligesom kunde aftegne hele Hjärtet på Brystets Forflade, må a priori betragtes som en höjst tiltalende Tanke. Når Dämpningsfiguren var et tro Billede af hele Hjärtets Forflade, vilde mange begyndende Forandringer i Hjärtets Form og Störrelse utvivlsomt kunne diagnosticeres langt sikrere, end når Hjärtedämpningen kun udperkuteres i sine grovere Träk, således som det er forudsat i det foregående.

Det har heller ikke manglet på Forsög i den Retning.

Allerede hos CORVISART, CANSTATT, BOUILLAUD o. fl. findes Bemärkninger, der tyde på, at de i *enkelte Tilfälde* have fundet en relativ Hjärtedämpning, der ganske svarede til selve Hjärtet i Störrelse. — Ja PIORRY påstod som bekendt i sine senere Arbejder, at sligt altid var muligt, dog uden at vinde synderlig Tiltro hos sin Samtid. Hos WINTRICH og GERHARDT findes Udtalelser om fine Perkussionsmetoder (*linear* Perkussion og *direkte palpatorisk Perkussion* med én Finger); men ingen af

disse Forff. synes at have anvendt disse Metoder til Bestemmelse af Hjärtegränserne. BAAS's Forsög på at bestemme disse ved *Fonometri* d. e. ved Iagttagelse af Variationer i Henseende til Styrke af den Tone, som frembringes af en svingende Stemmegaffel, der sättes forskellige Steder på Brystväggen, giver efter senere Forff:s Udtalelser endnu usikrere Resultater end almindelig Perkussion. — Det samme gälder MEISSNER'S *Termopalpation*, der består i, at man med et särlig dertil konstrueret Apparat måler Hudtemperaturen på forskellige Steder i Präkordiet. Herved skal man kunne bestemme höjre Hjärtegränse samt Gränsen mellem höjre og venstre Ventrikel, men *ikke* dennes venstre Gränse.

EWALD er vist nok den förste, der bestemt angiver at kunne udperkutere hele Hjärtets Forflade. Han påstår, at man ved almindelig Perkussion altid kan bestemme venstre Hjärtegränse, og i Reglen også höjre; i hvert Fald kan denne sidste let bestemmes, når man avskulterer sit Perkussionsslag gennem et på Leverregionen anbragt Stetoskop. Således bestemmer han Gränserne »mit aller Schärfe;» men man må dog ikke vänte, at Gränsen svarer »haarscharf» til selve Hjärtets Gränse. Ved Kontrolforsög på Lig har han nemlig fundet, at Nåle, der stikkes ind i Dämpningsgränserne, kunne sidde indtil 1 cm. udenfor eller indenfor Hjärteranden. At bestemme denne »mit aller Schärfe» vil altså sige med en sådan Nöjagtighed, at man ikke véd, om en funden Dämpningsgränse ikke ligger 1 cm. udenfor eller indenfor den virkelige Gränse.

JOSEPH MEYER angiver ved at perkutere i Interkostalrummene at kunne bestemme Hjärtegränserne, men mener dog af Grunde, som senere skulle omtales, at Dämpningsfiguren ikke er kongruent med Hjärtet.

EBSTEIN og LÜNING anvende den indirekte *palpatoriske Perkussion*, der består i at perkutere med stift Håndled, hvorved man med stor Finhed skal kunne opfatte Resistensforskelligheder og på denne Måde finde de en »Resistensfigur», der nöjagtig gengiver Hjärtets Störrelse.

EICHHORST angiver at kunne opnå det samme ved *Palpation alene.*

Et lignende Resultat kommer RAUCHFUSS til, dog kun ved Bestemmelse af Hjärtedämpningen hos Börn, idet han »mit sanft anwachsendem, nicht mit schnellendem Druck» beföler Interkostalrummene og Ribbenene i deres Forlöb fra linea

media og udefter og dernæst gör det samme i vertikal Retning. På den således fundne Figur mener R. nöjagtig at kunne måle Hjärtets Längde og Bredde.

v. DUSCH mener, at man ved *almindelig Perkussion* kan udperkutere hele Hjärtet på Börn, medens han anser det for umuligt på voxne.

AUG. SCHOTT (Nauheim) vil bestemme Hjärtets og de store Kars Grænser med anatomisk Nöjagtighed ved den af ham selv opfundne såkaldte *»afdämpede Perkussion»*.

Betydningen af denne Metode skal göres til Genstand for särlig Omtale i närvärende Afhandling.

Principet i Metoden er ved et afdämpende Tryk at forhindre Brystbenets og Ribbenenes Egensvingninger fra at maskere den Dämpning, som Hjärtet uden disses forstyrrende Indflydelse måtte bevirke på Brystets Forflade. Dette opnås ved at perkutere på tredje venstre Fingers Mellemled og samtidig trykke anden og fjärde Finger fast ned mod Underlaget til bägge Sider. Af let forståelige Grunde må Fingrenes Retning *krydse* Ribbenenes. Angående Metodens nöjere Beskrivelse henvises til SCHOTTS egen Afhandling. En god Beskrivelse af den findes også hos ISRAEL-ROSENTHAL, der varmt anbefaler Metoden til Bestemmelse af hele Hjärtets Störrelse. Han har prövet den på 22 Lig, og i 17 af disse Tilfälde sad de indstukne Kontrolnåle ikke over 1 cm udenfor eller indenfor Hjärtegränsen. I de resterende Tilfälde var der en Fejl på 2 til 3 cm. — I.—R. kunde dog ikke som SCHOTT påvise nogen Dämpning over de store Kar.

Både SCHOTT og I.—R. angive ved *Perkussion i Interkostalrummene* (hvorved man jo også undgår de ossöse Deles forstyrrende Medsvingninger) at finde nöjagtig samme Dämpningsgränse som ved afdämpet Perkussion. I.—R. henviser derfor til Undersögelser over Hjärtets Perkussionsforhold af PETERSSON (Upsala).

Denne angiver at kunne bestemme Hjärtets anatomiske Leje, Form og Störrelse aldeles nöjagtig blot ved almindelig *svag Perkussion*. At P:s Metode, således som I.—R. angiver, väsentligst må opfattes som en interkostal Perkussion, er vist rigtigt, da P. altid först bestemmer Dämpningsgränserne i Interkostalrummene og så bagefter kompletterer Figuren ved Perkussion på Ribbenene.

Jeg skal endnu bemärke, at Spörgsmålet om Muligheden af perkussorisk at bestemme Hjärtets Störrelse var under Debat på den internationale Lägekongres i Rom 1894, hvor RUMMO anbefalede en af BACCELLI og CONCATO angiven, men ikke närmere beskreven Metode. TH. SCHOTT (en Broder til den afdämpede Perkussions Opfinder, der döde kort efter at have offentliggjort sin Afhandling) sluttede sig til RUMMO, medens flere andre tvivlede om ved nogen Metode at kunne nå pålidelige Resultater.

III. Forfatterens Undersögelser over den afdämpede Perkussion og dens Betydning.

Der kan vel näppe väre nogen Tvivl om, at Grunden til, at der ved almindelig Perkussion ingen eller så godt som ingen Dämpning fås over den Del af Hjärtet, som ligger til höjre for venstre Sternalrand, dels skyldes den Omständighed, at sternum ved Perkussionen giver en egen Lyd, Benlyden, der jo er uafhängig af de underliggende Väv, dels at sternum ligger som et stort Plessimeter på Brystets Forflade. Når det perkuteres, forplantes Svingningerne ud gennem Ribbenene, og den frembragte Lyd beror på Resonnans fra den Del af Lungevävet, som ligger bagved den Del af Brystväggen, som er bleven sat i Svingning.

At denne klare eller relativt klare Lyd bliver dämpet derved, at Ribbenene på bägge Sider af sternum trykkes fast ned, er utvivlsomt, om den end ikke bliver *stärkt* dämpet, noget, der vist nok må forklares deraf, at det afdämpende Tryk vel kan forhindre den »laterale Lydudbredning», men ikke influerer synderligt på Benlyden.

Det må end videre anses for tilsträkkelig bevist ved SCHOTTS Undersögelser, at Ribbenene forholde sig på lignende Måde som sternum. Her spiller dog vist selve Benlyden en mindre Rolle. I hvert Fald bliver Perkussionslyden noget stärkere dämpet ved Anvendelsen af den afdämpede Perkussion på den Del af Ribbenene, som ligger over Hjärtet, end på selve sternum.

At man ved at perkutere i Interkostalrummene undgår den skadelige Indflydelse af Skeletdelenes Medsvingninger, når man ikke anvender meget kraftige Perkussionsslag, samt at Perkussionslyden er ens, så länge man befinder sig indenfor

akutisk ensartede Områder, er dels temmelig indlysende, dels noget, enhver let kan overbevise sig om.

Det, som det särlig gälder om at konstatere, når vi skulle undersöge, hvor vidt den afdämpede Perkussion lader sig anvende til Bestemmelse af hele Hjärtets Störrelse, kan formuleres i nogle få Spörgsmål, som senere skulle omtales närmere.

Til Besvarelse af disse har jeg undersögt talrige levende; men mine Hovedundersögelser ere gjorte på 78 Lig, på hvilke jeg har udperkuteret Hjärtedämpningen med *afdämpet* Perkussion og kontrolleret Dämpningsgränserne ved Indstik af Nåle. For at undgå Ensidighed i Bedömmelsen og for Sammenligningens Skyld har jeg på de samme Lig udperkuleret den *absolute* Hjärtedämpning ved svag Perkussion, den *relative* Hjärtedämpning ved almindelig, middelstärk Perkussion, samt den *interkostale* Hjärtedämpning, til Bestemmelsen af hvilken jeg anvendte Perkussion på anden Fingers Negleled som Plessimeter, medens överste Gränse på sternum bestemtes ved almindelige svag Perkussion.

Den närmere Fremgangsmåde var fölgende: Först bestemte jeg den relative Leverdämpnings överste Gränse. I Begyndelsen anvendte jeg hertil den afdämpede Perkussion; men da denne forekom mig upraktisk, opgav jeg den og bestemte senere bestandig den relative Leverdämpning ved almindelig Perkussion.

Dernäst udperkuterede jeg de omtalte Dämpningsfigurer således, at jeg i Tilfälde 1—26 bestemte den absolute, den relative og den afdämpede, i Tilfälde 27—78 den relative, den interkostale og den afdämpede Hjärtedämpning. For at göre Undersögelsen så objektiv som mulig perkuterede jeg som Regel med lukkede Öjne.

De fundne Dämpningsgränser markeredes nu ved Anilinbläkstift på Huden, og efter at Brystbenets Gränser og Ribbenenes *nederste* Rand samt venstre Papil ligeledes vare markerede på samme Måde, toges et Aftryk af disse Linjer, direkte fra Huden over på fugtigt Filtrerpapir, hvorved jeg fik et negativt Billede, som ved at trykkes af på almindelig hvidt Papir gav et fuldständig nöjagtigt positivt Billede af Figurerne. Af disse ledsage kun nogle få Exempler i formindsket Målestok närvärende Afhandling. (Se Tavle A.)

Nedenfor findes imidlertid et Referat af Undersögelserne, indeholdende en Bestemmelse af Dämpningsgränsernes Belig-

genhed i hvert enkelt Tilfälde. Desuden er der givet Oplysninger om Ligets Kön, Alder, Legemslängde, Vägt og Brystbredde (d. e. Transversaldiameteren i Höjde med Papillärtransversalen), Sektionsdiagnosen, Hjärtets Mål (Bredden målt i Höjde med Tvärfuren, Längden fra basis af aorta til apex cordis og höjre Ventrikelvägs Tykkelse uden Hensyn til Trabeklerne) samt Hjärtets Vägt, d. e. Ventrikler + Atrier, hvorimod de store Kar bortklippedes för Vejningen.

Endelig er der givet Oplysning om, hvorledes de i de forskellige Dämpningslinjer vinkelret på Overfladen indstukne Nåle passede til de underliggende Organgränser. Når en Nål siges at »passe», menes, at den har siddet ½ Cm. udenfor eller indenfor vedkommende Gränse eller derunder. Hvor Fejlen var större, er det specielt bemärket. Som Regel blev der stukket en Nål ind overalt, hvor en Dämpningslinje krydsede et Interkostalrum.

Fölgende Forkortelser ere anvendte i Forsögsmeddelelserne: C. = costa; Ikr. = Interkostalrum; Hjd. = Hjärtedämpning; Leverd. = Leverdämpning; abs. = absolut; relat. = relativ; ikst. = interkostal; afd. = afdämpet; l. m. = linea media; v. og h. = venstre og höjre. — Når der står: Den afd. Hjd. = 4 + 11 = 15 Cm. vil det sige, at den afdämpede Hjärtedämpning i Höjde med fjärde Ribben havde en Breddc på 15 Cm., og at höjre Gränse af denne Dämpning lå 4 Cm. til höjre for Midtlinjen, venstre Gränse 11 Cm. til venstre for Midtlinjen.

---

1. 53-årig Mand, Längde 162 Cm., Vägt 48000 Gm.

Diagnose: Tub. pulm. dupl.
Hjärtets Vägt 233 Gm.
Den *abs. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » 1½ Cm. udenfor v. Sternalrand.
» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen.
Venstre Gränse faldt ½—1 Cm. indenfor v. Lungerand.

Den *afd. Hjd.* 4 + 11 = 15 Cm. — 4 Nåle i h. Gränse sade alle i Perikardiet eller mindre end ½ Cm. udenfor el. indenfor Gränsen. — 2 Nåle i v. Gränse sade 1 og 1½ Cm. indenfor Hjärtegränsen.

Den *relat. Leverd.* ved C.V viste sig at väre 2 Cm. for lav.

Perkussion 8 Dage för Döden gav ganske de samme Dämpningsgränser; dog bestemtes nederste Ende af den afd. Hjds h. Gränse omtr. 1½ Cm. längere inde end post mortem.

2. 67-årig Kvinde, Längde 161 Cm., Vägt 42500 Gm.

Diagnose: Dilat. cord. levis. Degen. myocardii. Emphysema pulm.
Hjärtets Vägt 300 Gm, Bredde 11, Längde 10 Cm.
Den *abs. Hjds* övre Gränse: Ikr. III.
» höjre » 1 Cm. udenfor v. Sternalrand.
» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen.
Övre-ydre Gränse faldt opadtil 1 Cm. udenfor, nedadtil 1 Cm. indenfor Lungegränsen.

Den *afd. Hjd.* 4 + 10½ = 14½ Cm. — De 5 Nåle i h. Gränse passede alle. I venstre passede de 3 övre, den nedre sad ½ Cm. indenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved C.V var 1—2 Cm. for höj, den afdämpede 1½ Cm. höjere.

3. 74-årig Mand, Längde 157 Cm., Vägt 39500 Gm.

Diagnose: Hypertrophia & dil. cord. tot. Emphysema pulm. Atrophia senil. renum in arterioscler.

Hjärtets Vägt 280 Gm, Bredde 12, Längde 12 Cm., venstre Ventrikelvägs Tykkelse 14 Mm., höjres 3—4 Mm.
Den *abs. Hjds* övre Gränse: C.IV.
» höjre » 3 Cm. udenfor v. Sternalrand.
» venstre » 4½ Cm. indenfor Papillen.
Venstre Gränses Forhold til Lungerandens Forlöb ikke kontrolleret af Mangel på Nåle.

Den *relat. Hjds* övre Gränse: C.II.
» höjre » 3 Cm. til höjre fra h. Sternalrand, 5½ Cm. fra Midtlinjen.
» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen, 13 Cm. fra Midtlinjen.
De i Gränserne indstukne Nåle passede, undtag enden nederste ved venstre Rand, der sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 6½ + 14½ = 21 Cm.
De indstukne 7 Nåle passede alle, undtagen de to nederste til venstre, der sad 1 og 1½ Cm. udenfor Randen.
Den *relat. Leverd.* ved C.IV, 2 Cm. for lav.

4. 70-årig Kvinde, Längde 158 Cm., Vägt 39500 Gm.

Diagnose: Dilat. cordis impr. dext. Hypertr. cordis. Degen. myocardii. Emphysema pulm. Atroph. senil. ren. in arterioscler.

Hjärtets Vägt 340 Gm, venstre Ventrikelväg 13, höjre 4 Mm. tyk.
Den *abs. Hjds* övre Gränse: Ikr. IV.
» höjre » 1½ Cm. udenfor v. Sternalrand.
» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen.

Venstre Gränse passede nöjagtig til Lungeranden, de andre Gränser märkelig nok nöjagtig til Randen af en Fedtbelägning på Perikardiets Forflade.

Den *relat. Hjds* övre Gränse: C.III.
» höjre » v. Sternalraud.
» venstre » Papillen, 8 Cm. fra Midtlinjen.

Nålene i venstre Gränse passede.

Den *afd. Hjd.* 6 + 9 = 15 Cm.

Alle Nålene passede.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV, 2½ Cm. for lav, den *relat.* ved Ikr. V, 4 Cm. for lav, svarede til nederste Lungerand.

5. 76-årig Kvinde, Längde? Vägt 31500 Gm.

Diagnose: Hypertr. cordis tot. & dilat. cord. dextr. Emphysema pulm. Atrophia senil. in arteriosclerosi.

Hjärtets Bredde 10, Längde 9 Cm., v. Väg 15, h. 3 Mm. Vägt 240 Gm.

Den *abs. Hjds* övre Gränse: Ikr. III.
» höjre » 1 Cm. udenfor Sternalranden.
» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen.

Övre-ydre Gränse faldt 1—1½ Cm. udenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* övre Gränse: C.II.
» höjre » 1½ Cm. udenfor h. Sternalrand.
» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen, 7 Cm. fra lin. med.

Överste Nål til höjre passede, de övrige 5 sade ½—1½ Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 5½ + 10 = 15½ Cm.

Alle Nåle passede nöjagtig.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV var 3 Cm. for höj, den abs. passede til Lungeranden ved C.VI.

6. 83-årig Kvinde, Längde 157 Cm., Vägt 36000 Gm.

Diagnose: Spondylitis cervicalis. Emphysema pulm.

Hjärtets Bredde 10, Längde 9½ Cm. Vägt 270 Gm.

Den *abs. Hjds* övre Gränse: C.IV.
» höjre » 1½ Cm. udenfor v. Sternalrand.
» venstre » 2½ Cm. indenfor Papillen.

Övre Gränse 2 Cm. for höj, venstre ½ Cm. indenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* övre Gränse: C.III.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen, 9 Cm. fra lin. med.

De 4 Nåle i v. Gränse passede.

Den *afd. Hjd.* 5 + 10 = 15 Cm. De 8 Nåle passede.

Ved Perkussion nogle Timer *för Döden* fandtes Dämpningslinjerne ganske som efter Döden. Dog lå övre Halvdel af den afd. Hjds venstre Gränse 1—1½ Cm. längere ude.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV var 4½ Cm. for höj. Den *relative* ved Ikr. V passede.

7. 64-årig Kvinde, Längde 156 Cm., Vägt 32000 Gm.

Diagnose: Dilat. cord. impr. dext. (*Särlig stärk Dilat. af höjre atrium.*) Hypertr. cord. dext. Degen. myocardii. Emphysema pulm.

Hjärtets Bredde 11, Längde 9½, Mitralen 9, Tricuspidalen 11½ Cm., venstre Ventrikelväg 10, höjre 4 Mm. Vägt 230 Gm.

Den *abs. Hjds* övre Gränse: C.IV.
» höjre » 1½ Cm. udenfor v. Sternalrand.
» venstre » Papillen.

Övre-ydre Gränse faldt 3 Cm. udenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* övre Gränse: C.II.
» höjre » 1 Cm. udenfor v. Sternalrand.
» venstre » Papillärlinjen, 9½ Cm. fra Midtlinjen.

De 3 Nåle i höjre Gränse sad 1 Cm. udenfor Hjärnegränsen, de 3 i venstre Gränse passede.

Den *afd. Hjd.* 4½ + 9½ = 14 Cm. De 9 Nåle passede.

Den *afd. Leverd.* ved Ikr.III, 7 Cm. for höj, den *relative* ved Ikr.4 var 3 Cm. for höj.

Ved *Perkussion nogle Timer för Döden* fandtes ganske de samme Dämpningsgränser, blot lå övre Halvdel af den afd. Hjds venstre Gränse 1 Cm. längere ude för Döden.

8. 60-årig Kvinde, Längde 159 Cm., Vägt 61250 Gm.

Diagnose: Bronchopn. dupl. Dil. & hypertr. cord. tot. Degen. parenchymat. org.

Hjärtets Bredde 13, Längde 11 Cm. Venstre Väg 20, höjre 5 Mm. Hjärtets Vägt 295 Gm.

Den *abs. Hjds* Gränser kunde ikke bestemmes på Grund af stärk Fedme af Liget.

Den *relat. Hjds* övre Gränse: C.III.
» höjre » höjre Sternalrand.
» venstre » 10 Cm. fra lin. med.

De 3 i v. Gränse indstukne Nåle sade 1½ Cm. indenfor Hjärtegränsen.

Den *afd. Hjd.* 4½ + 11½ = 16 Cm. De 10 Nåle passede.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV var 1 Cm. for höj, den *relative* 1 Cm. for lav.

9. 78-årig Kvinde, Längde 158 Cm., Vägt 33500 Gm.

Diagnose: Hypertr. cord. tot. Dil. cord. dext. Emphysema pulm. Nephrit. chron. Arterioscler.

Hjärtets Bredde 11, Längde 9½, Tricuspidal. 11½, Mitralen 10, aorta & Pulmonalen 8 Cm. Venstre Väg 15, höjre 4 Mm. Vägt 260 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: C.IV.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen.
Övre Gränse 1—2 Cm. udenfor Lungeranden, venstre 1½ Cm. indenfor.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.
» venstre » 2 Cm. indenfor Papillen.
To i v. Gränse indstukne Nåle sad ¾—½ Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 4½ + 10½ = 15 Cm. — De 4 i h. Gränse indstukne Nåle sad ½—1 Cm. udenfor Randen. De 5 Nåle i v. Gränse passede.

Den *afd. Leverd.* ved Ikr. 3 var 1½ Cm. for höj, den *relative* ved Ikr.IV 1½ Cm. for lav.

10. 32-årig Mand, Längde 159 Cm., Vägt 44000 Gm.

Diagnose: Hypertr. cord. sin. Dilat. cord. tot. Nephrit. chron.

Hjärtets Bredde 13, Längde 13, Mitralen 11, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen 7½ Cm. Venstre Ventrikelväg 25 Mm., höjre 2 Mm. Vägt 490 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: Ikr.III.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen.
Överste-yderste Gränse löb 1—1½ Cm. udenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » 1 Cm. til h. for h. Sternalrand.
» venstre » Papillen, 11 Cm. fra lin. med.

Den *afd. Hjd.* 5 + 11 = 16 Cm. — 7 Nåle passede, 2 Nåle opad til höjre sad 1 Cm. udenfor Kargränsen.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV var 3 Cm. for höj, den *relative* ved Ikr.V var 1½ Cm. for lav.

11. 81-årig Kvinde, Längde 161 Cm., Vägt 46500 Gm.

Diagnose: Pneum. interstit. chron. Hypertr. cord. sin. & dext. Stenosis mitralis. Atrophia senil ren. in arteriosel.

Hjärtets Bredde 11, Längde 9, Mitralen 8 Cm. Venstre Väg 20, höjre 4 Mm. Vägt 320 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: C.IV.
» höjre » 3 Cm. udenfor sternum.
» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen.
Överste Gränse löb 1 Cm., yderste 4 Cm. indenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » Papillen, 14½ Cm. fra Midtlinjen.
De 3 i v. Gränse indstukne Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 4½ + 14½ = 19 Cm. — 5 Nåle ved h. Gränse sad 1—1½ Cm. udenfor, af 6 Nåle ved v. Gränse sad de 2 överste

1 Cm. udenfor Kargränsen, de 4 nederste omtr. ½ Cm. indenfor Hjärteranden.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV var 2 Cm. for höj, den *relative* ved C.V passede.

12. 2 Måneder gl. Pigebarn, Längde 57 Cm., Vägt 2750 Gm.

Diagnose: Catarrh. intestin. acut.

Hjärtets Vägt 20 Gm.

Den *abs. Hjd.* kunde ikke bestemmes på Grund af Ligets Lidenhed.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.
» venstre » Papillen, 4 Cm. fra Midtlinjen.

Den *afd. Hjd.* 0 + 4 = 4 Cm. — 4 Nåle i v. Gränse passede. 3 Nåle i h. Gränse, der lå ved Midtlinjen af sternum, sad lige i h. Lunges Rand, men 1½—2 Cm. indenfor h. Hjärterand.

Den *relat. Leverd.* ved C.V var ½ Cm. for lav.

13. 8 Måneder gl. Dreng, Längde? Vägt 6000 Gm.

Diagnose: Bronchopn. dupl. Degen. parenchym. myocard., hepatis & renum. Angustitas congen. aortæ (?). Hypertr. cord. sin. Dilat. cord. dext.

Hjärtets Bredde 6, Längde 4½, Mitralen 5, Trikuspidalen 5½, aorta og Pulmonalen 3½ Cm. Venstre Väg 15, höjre 2 Mm. Vägt 33 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » ½ Cm. udenfor Papillen, 5½ Cm. fra lin. med.

To i v. Gränse indstukne Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 2 + 6 = 8 Cm. — 10 Nåle passede alle.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.V passede.

14. 77-årig Kvinde, Längde 165 Cm., Vägt 46000 Gm.

Diagnose: Emphysema pulm., hypertr. & dilat. cord. tot. Degen. myocardii. Atroph. senil. ren. in arteriosel.

Hjärtets Bredde 13, Längde 11, Mitralen 11½, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 9 Cm. Venstre Väg 20, höjre 5 Mm. Vägt 445 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: C.IV.
» höjre » 2 Cm. udenfor v. Sternalrand.
» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen.

Överste-ydre Gränse faldt 1 Cm. udenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen, 10½ Cm. fra lin. med.

To i venstre Gränse indstukne Nåle sad knap ½ Cm. indenfor Hjärteranden.

Den *afd. Hjd.* 7½ + 12 = 19½ Cm. — 10 Nåle passede.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV 4½ Cm. for höj, den *relative* ved C.V passede.

15. 78-årig Mand, Längde 162 Cm., Vägt 42500 Gm.

Diagnose: Emphysema pulm. Dilat. cord. dext. Hypertr. cord. totius. Degen. adip. & fibrosa myocard. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 13, Längde 10, Mitralen 11, Trikuspidalen 14, aorta 7½, Pulmonalen 8 Cm. Venstre Väg 14, höjre 3 Mm. Vägt 300 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: Ikr. III.

» höjre » 1 Cm. udenfor sternum.

» venstre » 4½ Cm. indenfor Papillen.

Överste-ydre Gränse löb 3—4 Cm. udenfor v. Lungerand.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.

» höjre » 1 Cm. udenfor sternum.

» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen, 8½ Cm. fra l. m.

To Nåle i v. Gränse sad ½—1 Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 6 + 10 = 16 Cm. — 8 Nåle passede.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV 3 Cm. for höj, den *relative* ved C.V passede.

16. 78-årig Kvinde, Längde 158 Cm., Vägt 40000 Gm, Brystbredde 25½ Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. totius. Dilat. cord. dext. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 11, Längde 9, Mitralen 10, Trikuspidalen 12 Cm. Venstre Väg 15, höjre 4 Mm. Vägt 310 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: C.IV.

» höjre » v. Sternalrand.

» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen.

Överste-ydre Gränse löb 1—3 Cm. indenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.

» höjre » v. Sternalrand.

» venstre » Papillen, 11 Cm. fra l. m.

To Nåle i v. Gränse sad ½ Cm. indenfor Hjärtegränsen.

Den *afd. Hjd.* 5 + 11 = 16 Cm. — 10 Nåle passede.

Den *afd. Leverd.* ved Ikr.IV 2 Cm. for höj, den *relative* ved Ikr.V 4½ Cm. for lav.

17. 80-årig Kvinde, Längde 159 Cm., Vägt 35500 Gm, Brystbredde 23 Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. sin. Dil. cord. dext. (*Betydelig Dilatation af höjre atrium.*) Degen. adip. myocard. Empyema pleuræ sin. Emphysema pulm. Atrophia renum in arteriosclerosi.

Hjärtets Bredde 12, Längde 9, Mitralen 10, Trikuspidalen 14, aorta & Pulmonalen 9 Cm. Venstre Väg 20, höjre 3 Mm. Vägt 300 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: Ikr. II.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 4½ Cm. indenfor Papillen.
Överste-ydre Gränse 1—1½ Cm. indenfor v. Lungerand.
Den *relat. Hjds* överste Gränse: C. II.
» höjre » 1½ Cm. til h. for sternum.
» venstre » 2½ Cm. indenfor Papillen, 8½ Cm. fra l. m.

Den *afd. Hjd.* 7 + 11 = 18 Cm. — 8 Nåle passede.

Den *afd. Leverd.* ved Ikr. III 4½ Cm. for höj, den *relative* ved Ikr. IV passede.

18. 47 årig Mand, Längde 166 Cm., Vägt 39500 Gm.

Diagnose: Hypertr. lev. cord. sin. Dilat. lev. cord. dextr. Pleuritis adhæs. dupl. Atrophia muscul. progr.

Hjärtets Bredde 11½, Längde 9, Mitralen 10, Trikuspidalen 12, aorta & Pulmonalen 8 Cm. Venstre Väg 12, höjre 2 Mm. Vägt 300 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: C. IV.
» höjre » 1½ Cm. udenfor sternum.
» venstre » 8 Cm. fra l. m.
Överste Gränse 1 Cm. udenfor, ydre 1½ Cm. indenfor Lungeranden.
Den *relat. Hjds* överste Gränse: C. III.
» höjre » 1½ Cm. udenfor sternum.
» venstre » 10 Cm. fra l. m.
To i v. Gränse indstukne Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 7 + 10½ = 17½ Cm. — Af 4 Nåle i h. Gränse passede de 2 överste, de 2 nederste sad 1—2 Cm. udenfor Randen. De 3 överste ved v. Gränse sad 1 Cm. udenfor, de 2 nederste passede.

Den *afd. Leverd.* ved C. IV 3 Cm. for höj, den *relative* ved Ikr. V passede.

19. 78-årig Kvinde, Längde 160 Cm., Vägt 47500 Gm.

Diagnose: Endocarditis mitralis vetus & recens. Hypertr. cord. Pleurit. dext. — Hjärtet disloceret til venstre.

Hjärtets Bredde 11, Längde 8½, Mitralen 8½, Trikuspidalen 12½, aorta & Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 13, höjre 4 Mm. Vägt 320 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr. I.
» höjre » ubestemmelig på Grund af Plevriten.
» venstre » 3 Cm. udenfor Papillen, 14 Cm. fra l. m.

To Nåle i v. Gränse sad 1 Cm. indenfor Randen.

Den *afd.* Perkussion anvendtes kun til Bestemmelse af Kargränsen, der i Höjde med C.II lå 3 Cm. til höjre og 7 Cm. til venstre for l. m. — De 4 indstukne Nåle passede.

Leverd. ubestemmelig på Grund af den höjresidige pleuritis, der begyndte ved C.II.

20. 53-årig Kvinde, Längde 159 Cm., Vägt 425000 Gm.

Diagnose: Degen. myocardii. Dilat. cord. dext. (*Stärk Dilatation af höjre atrium.*) Hypertr. cord. sin. Nephritis, uræmia. Arthritis urica.

Hjärtets Bredde 11½, Längde 9½, Mitralen 9, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Väg 13, höjre 4 Mm. Vägt 270 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » 1½ Cm. til h. for h. Sternalrand.
» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen, 10½ Cm. fra l. m.

Nålen i Ikr.V sad 1 Cm. udenfor Randen, de övrige 4 i v. Gränse indstukne Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 5½ + 12 = 17½ Cm. Ved höjre Rand passede de 2 överste Nåle; de 2 nederste sad 1 Cm. udenfor Randen. Ved venstre Gränse passede de 3 överste, de 3 nederste sad 1—3 Cm. udenfor.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV passede, den *relative* ved Ikr.IV 1 Cm. for lav.

Perkussion få Timer för Döden gav ganske de samme Dämpningsgränser.

27. 7 Måneder gl. Pige, Längde 71 Cm., Vägt 7000 Gm.

Diagnose: Dil. cord. dext. c. hypertr. lev. Tub. pulm. sin.

Hjärtets Bredde 6½. Längde 5½, Mitralen 5½, Trikuspidalen 6½, aorta og Pulmonalen 4 Cm. Venstre Väg 8 Mm., höjre 4 Mm., Vägt 30 Gram.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: Ikr.III.
» höjre » venstre Sternalrand.
» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen.

Överste-ydre Gränse ½—2 Cm. udenfor og indenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » Papillen, 5 Cm. fra l. m.

Fire Nåle i v. Gränse sad 1 Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 2½ + 0. — 5 Nåle i h. Gränse passede. Den venstre Gränse kunde ikke udperkuteres på Grund af en intens Lungedämpning på hele v. Forfl.

Den *relat. Leverd.* ved C.V var 1 Cm. for lav.

22. 4 Måneder gl. Dreng, Längde 57 Cm., Vägt 3000 Gm.

Diagnose: Catarrh. gastrointest. acut. Bronchopn. dupl.

Hjärtets Bredde 5, Längde 4, Mitralen 4½, Trikuspidalen 5½, aorta og Pulmonalen 3 Cm. Venstre Ventrikelväg 5, höjre 2 Mm. Vägt 15 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: C.IV.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen.

Överste-ydre Gränse löb ½ Cm. udenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » Papillen, 4¼ Cm. fra l. m.

Den *afd. Hjd.* 2¼ + 4¼ = 6½ Cm. — 9 Nåle passede.

Den *afd. Leverd.* ved C.III 2½ Cm. for höj, den *relative* ved C.4 passede.

23. 60-årig Kvinde, Längde 160 Cm., Vägt 45000 Gm.

Diagnose: Hypertr. cord. sin. Degen. myocardii. Emphysema pulm. Cancer uteri. Nephrit. chr. Infiltr. adip. hepat.

Hjärtets Bredde 10, Längde 9½, Mitralen 10, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 7½ Cm. Venstre Väg 13, höjre 0 Mm. Vägt 235 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: C.IV.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 8 Cm. indenfor Papillen.

Överste Gränse 1½ Cm. over, ydre 1½ Cm. indenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen, 9 Cm. fra l. m.

De 2 i v. Gränse indstukne Nåle sad 2 Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 5½ + 10½ = 16 Cm. — 8 Nåle passede, den nederste til höjre sad 1½ Cm. udenfor.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.III 1 Cm. for lav.

Anm. Hjärtet var noget höjtstående, vist nok på Grund af den store Fedtlever.

24. 2 Måneder gl. Dreng, Längde 56 Cm., Vägt 2500 Gm.

Diagnose: Catarrh. gastro-intestinal. Bronchopn. inf. sin.

Hjärtets Bredde 4½, Längde 3½, Mitralen 4, Trikuspidalen 4½, aorta og Pulmonalen 3 Cm. Venstre Väg 5 Mm., höjre 1 Mm. Vägt 20 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen.

Ydre Gränse faldt opadtil 1 Cm. udenfor, nedad 1 Cm. indenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » ½ Cm. indenfor Papillen, 3½ Cm. fra l. m.
De 3 Nåle i v. Gränse sad 1—1½ Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 3 + 4 = 7 Cm. — 4 Nåle i h. Gränse passede, de 4 Nåle i v. Gränse ½—1½ Cm. indenfor Randen.

2 Cm. til höjre for h. Gränse af den afd. Hjd. fandtes ved afd. Perkussion en temmelig brat Forandring af Perkussionslyden, svarende til Overgangen mellem den bruskede og benede Del af costa.

Den *relat. Leverd.* ved C.IV var 1½ Cm. for lav.

25. 62-årig Mand, Längde 169 Cm., Vägt 51500 Gm.

Diagnose: Hypertr. & dilat. cord. magna. Emphysema pulmon. Atrophia renum. Hæmorrhagia cerebri.

Hjärtets Bredde 13, Längde 14, Mitralen 11, Trikuspidalen 14, aorta og Pulmonalen 8½ Cm. Venstre Väg 25, höjre 10 Mm. Vägt?

Den *abs. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 5 Cm. indenfor Papillen, 7½ Cm. fra l. m.

Överste Gränse lå 4 Cm. over, ydre 4 Cm. indenfor v. Lungerand.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen, 11 Cm. fra l. m.
De 3 Nåle i v. Gränse sad 1—2 Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 5½ + 12½ = 18 Cm. — De 9 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.V passede.

26. 77-årig Mand, Längde 161 Cm., Vägt 35500 Gm.

Diagnose: Emoll. cerebri. Hypertr. & dilat. cord. tot., impr. sin. Emphysema pulm. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 11½, Längde 11½, Mitralen 11, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen 8½ Cm. Venstre Väg 15, höjre 4 Mm. Vägt 295 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: C.IV.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 4½ Cm. indenfor Papillen.

Överste-ydre Gränse löb 3 Cm. udenfor Lungeranden, men svarede til ydre Gränse af Perikardiets Fedtbelägning, der strakte sig et godt Stykke ind på Forfladen af v. Lungerand.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen, 9 Cm. fra l. m.
De 3 Nåle i v. Gränse sad omtr. 1 Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 5½ + 10½ = 16 Cm. — 10 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved C.IV 1 Cm. for lav.

27. 43-årig Kvinde, Längde 157 Cm., Vägt 40500 Gm. Brystbredde 22 Cm.

Diagnose: Kystoma ovarii sinistra permagna. Hypertr. & dilat. cordis levis. — *Hjärtet disloceret opad.*

Hjärtets Bredde 9½, Längde 7½, Mitralen 9, Trikuspidalen 11, aorta og Pulmonalen 6½ Cm. Venstre Väg 10, höjre 2 Mm. Vägt 145 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » 1 Cm. indenfor h. Sternalrand.
» venstre » P.-linjen, 8 Cm. fra l. m.
» *nederste* » ved nederste Rand af C.IV.

De 2 i v. Gränse indstukne Nåle sad omtr. 1 Cm. indenfor Randen, de 2 i nederste Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: Ikr.I, 3½ Cm. fra jugulum.
» höjre » h. Sternalrand, 1½ Cm. fra l. m.
» venstre » 1 Cm. udenfor P.-linjen, 9 Cm. fra l. m.

Den *afd. Hjd.* 3 + 9 = 12 Cm.
Den *relat. Leverd.* ved Ikr.III 2½ Cm. for lav.

28. 68-årig Mand, Längde 161 Cm., Vägt 50000 Gm, Brystbredde 29 Cm.

Diagnose: Emoll. cerebri. Hypertr. cord. Dilat. cord. dext. Degen. myocardii. Emphysema pulm. Cirrhos. hepat. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 11, Längde 10, Mitralen 11, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 8½ Cm. Venstre Väg 15, höjre 3 Mm. Vägt 395 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.IV.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 3½ Cm. indenfor Papillen, 9 Cm. fra l. m.

Nålen i v. Gränse sad 3—4 Cm. indenfor Randen.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 5 Cm fra l. m.
» venstre » 12 Cm. fra l. m.

De 7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 5½ + 12½ = 18 Cm. — Af 10 Nåle passede de 9, 1 i 5te höjre Ikr. sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.V var 1 Cm. for lav.

29. 53-årig Mand, Längde 160 Cm., Vägt 31500 Gm, Brystbredde 24 Cm.

Diagnose: Dilat. cord. levis impr. dext. Hypertr. cord. dext. Degen. fibrosa myocardii. Tub. pulm. Peritonit. tuberc.

Hjärtets Bredde 11, Längde 9½, Mitralen 10, Trikuspidalen 11½, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Väg 10, höjre 4 Mm. Vägt 240 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.
» venstre » 1 Cm. udenfor Papillen, 10½ Cm. fra l. m.

De 4 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4½ Cm. fra jugulum.
» höjre » 3 Cm. fra l. m.
» venstre » 11½ Cm. fra l. m.

De 8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 3 + 12 = 15 Cm. — 10 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

80. 77-årig Kvinde, Längde 159 Cm., Vägt 34000 Gm, Brystbredde 23½ Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. dext. Emphysema pulm. Tub. pulm. Atrophia renum in arteriosclerosi.

Hjärtets Bredde 10, Längde 9, Mitralen 8, Trikuspidalen 11 Cm. Venstre Ventrikelväg 10, höjre 4 Mm. Vägt 210 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 4 Cm. indenfor Papillen, 7 Cm. fra l. m.

De 2 Nåle i v. Gränse sad 1½ Cm. indenfor Randen.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 5 Cm. fra jugulum.
» höjre » 5 Cm. fra l. m.
» venstre » 9 Cm. fra l. m.

De 7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 5 + 9 = 14 Cm. — 9 Nåle passede.

Den *relat. Hjd.* ved Ikr.IV passede.

81. 2 Måneder gl. Dreng, Längde 54 Cm., Vägt 2250 Gm.

Diagnose: Catarrh. gastrointestinalis.

Hjärtets Bredde 4, Längde 3, Mitralen 3½, Trikuspidalen 4½, aorta og Pulmonalen 2¾ Cm. Venstre Ventrikelväg 5, höjre 2 Mm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » ½ Cm. indenfor Papillen, 4 Cm. fra l. m.

De 2 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: Ikr.I, 1½ Cm. fra jugulum.
» höjre » 2¼ Cm. fra l. m.
» venstre » 4¼ Cm. fra l. m.

De 6 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

82. 14-årig Pige, Längde 135 Cm., Vägt 22000 Gm, Brystbredde 21 Cm.

Diagnose: Tub. pulm., glandul. lymphatic. omnium, hepatis, lienis, peritonæi. Stenosis congenit. aorta. Hypertr. & dilat. cord. sin.

Hjärtets Bredde 7½, Längde 8, Mitralen 8½, Trikuspidalen 11, aorta 5, Pulmonalen 6 Cm. Venstre Väg 11, höjre 0 Mm. Vägt 125 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 2 Cm. udenfor Papillen, 7½ Cm. fra l. m.

De 3 i v. Gränse indstukne Nåle passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 3 Cm. fra l. m.
» venstre » 8½ Cm. fra l. m.

De 7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 3 + 9½ = 12½ Cm. — 9 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved C.IV 1 Cm. for höj. (Se Tavle A, Bill. 4.)

83. 81-årig Kvinde, Längde 135 Cm., Vägt 20500 Gm, Brystbredde 21 Cm.

Diagnose: Pneum. interstitial. chron. dupl. Hypertr. levis cord. totius, impr. sin. Degen. myocardii. Atrophia renum. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 8½, Längde 7, Mitralen 8, Trikuspidalen 10, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Ventrikelväg 12, höjre 3 Mm. Vägt 215 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen, 7 Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.
» höjre » 4½ Cm. fra l. m.
» venstre » 8½ Cm. fra l. m.

Af 8 Nåle passede 7, 1 i Ikr.V på v. Side sad 2 Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 4½ + 8½ = 13 Cm. — Gränserne faldt fuldständigt sammen med den ikst. Hjds Gränse. Kargränsen passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.V 2½ Cm. for lav.

84. 37-årig Mand, Längde 165 Cm., Vägt 44500 Gm, Brystbredde 26 Cm.

Diagnose: Tub. acut. miliaris pulm. utr. Degen. parenchymat. organ. Dilat. cord.

Hjärtets Bredde 11, Längde 11, Mitralen 10½, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 10, höjre 2 Mm. Vägt 288 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.
» venstre » ½ Cm. indenfor Papillen, 10 Cm. fra l. m.

Tre i venstre Gränse indstukne Nåle passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 4½ Cm. fra l. m.
» venstre » 10 Cm. fra l. m.

7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 5½ + 11 = 16½ Cm. — 9 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.IV passede.

85. 34-årig Mand, Längde 160 Cm., Vägt 38000 Gm, Brystbredde 28½ Cm.

Diagnose: Pleurit. dext. Tub. pulm. Dil. lev. cord.

Hjärtets Bredde 11, Längde 10, Mitralen 11, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 11, höjre 2 Mm. Vägt 309 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 2 Cm. indenfor Papillen, 9 Cm. fra l. m.

To Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 5 Cm. fra jugulum.
» höjre » 4 Cm. fra l. m.
» venstre » 10 Cm. fra l. m.

7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 5 + 11 = 16 Cm. — Af 10 Nåle passede 9, 1 i 6te v. Ikr. sad i Randen af v. Leverlap.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede. (Se Tavle A, Bill. 1.)

86. 57-årig Mand, Längde 170 Cm., Vägt 48500 Gm, Brystbredde 28½ Cm.

Diagnose: Hypertr. & dilat. cord. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Atrophia renum in arteriosclerosi.

Hjärtets Bredde 12, Längde 11, Mitralen 11, Trikuspidalen 13½, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Väg 15, höjre 5 Mm. Vägt 450 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.
» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen, 10½ Cm. fra l. m.

Fem i v. Gränse indstukne Nåle passede alle.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 5 Cm. fra jugulum.
» höjre » 5½ Cm. fra l. m.
» venstre » 11½ Cm. fra l. m.
8 Nåle passede alle.
Den *afd. Hjd.* 6½ + 11½ = 18 Cm. — 10 Nåle passede. Venstre Gränse faldt sammen med den interkostale.
Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

87. 61-årig Mand, Längde 160 Cm., Vägt 59000 Gm, Brystbredde 29 Cm.

Diagnose: Apopl. cerebri. Emphysema pulm. Hypertr. & dil. cordis, impr. sin. Degen. adip. myocardii. Atrophia renum in arteriosclerosi. Arthritis urica.

Hjärtets Bredde 11½, Längde 12, Mitralen 11, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen 8½ Cm. Vägt 575 Gm.
Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » 1 Cm. indenfor h. Sternalrand.
» venstre » Papillen, 11½ Cm. fra l. m.
Fire i v. Gränse indstukne Nåle passede alle.
Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4½ Cm. fra jugulum.
» höjre » 5 Cm. fra l. m.
» venstre » 12½ Cm. fra l. m.
8 Nåle passede alle.
Den *afd. Hjd.* 6 + 13½ = 19½ Cm. — 10 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

88. 25-årig Mand, Längde 155 Cm., Vägt 53000 Gm, Brystbredde 29½ Cm.

Diagnose: Insufficientia aortæ. Endocarditis aortæ & mitralis. Hypertr. & dilat. magna cord., impr. sin.

Hjärtets Bredde 13, Längde 13, Mitralen 10, Trikuspidalen 13, aorta 9, Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 20, höjre 4 Mm. Vägt 650 Gm.
Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » 5 Cm. fra l. m.
» venstre » 1½ Cm. udenfor Papillen, 15 Cm. fra l. m.
8 i h. og v. Gränse siddende Nåle passede alle.
Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 6 Cm. fra l. m.
» venstre » 15½ Cm. fra l. m.
8 Nåle passede alle.
Den *afd. Hjd.* 7 + 15½ = 22½ Cm. — 10 Nåle passede. Venstre Gränse faldt sammen med den ikst.
Den *relat. Leverd.* ved C.IV 1½ Cm. for höj.

Anm. 3 Dage för Döden vare Dämpningerne ganske som efter Döden.

39. 8 Måneder gl. Pige, Längde 60 Cm., Vägt 5250 Gm, Bredde 12½ Cm.

Diagnose: Spasmus glottidis (?). Catarrh. intest. levis.

Hjärtets Bredde 5½, Längde 4½, Mitralen 4, Trikuspidalen 5½ Cm., aorta og Pulmonalen 3 Cm. Venstre Väg 7, höjre 2 Mm. Vägt 35 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » h. Sternalrand.
» venstre » 1 Cm. udenfor Papillen, 7½ Cm. fra l. m.

Fire Nåle i v. Gränse passede alle.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: Ikr.I, 1 Cm. fra jugulum.
» höjre » 2½ Cm. fra l. m.
» venstre » 7½ Cm. fra l. m.

7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 2½ + 5 = 7½ Cm. — 9 Nåle passede. Gränserne faldt sammen med den ikst.

Den *relat. Leverd.* ved C.IV passede.

40. 29-årig Mand, Längde 178 Cm., Vägt 59000 Gm. Bredde 30½ Cm.

Diagnose: Tub. pulm. Dil. cord. dext.

Hjärtets Vägt 234 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » 1 Cm. indenfor Sternalranden.
» venstre » 1½ Cm. udenfor Papillen, 12 Cm. fra l. m.

Fire Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: Ikr.II, 4½ Cm. fra jugulum.
» höjre » 4½ Cm. fra l. m.
» venstre » 12 Cm. fra l. m.

7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 5½ + 12 = 17½ Cm. — Af 9 Nåle passede 8, 1 i 4de h. Ikr. sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

41. 69-årig Kvinde, Längde 145 Cm., Vägt 47500 Gm, Brystbredde 25½ Cm.

Diagnose: Hypertr. & dilat. cord. tot., impr. d. (*Stärk Dilatation af höjre atrium*). Emphysema pulmon. Peritonitis e hernia incarcerata.

Hjärtets Bredde 12, Längde 9, Mitralen 9½, Trikuspidalen 12½, aorta og Pulmonalen 9 Cm. Venstre Väg 13, höjre 5 Mm. Vägt 342 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » 3½ Cm. til h. for l. m.
» venstre » 9 Cm. fra l. m., 2 Cm. indenfor Papillen.

4 Nåle i v. Gränse sad ½ Cm. indenfor Randen.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 6 Cm. fra l. m.
» venstre » 10½ Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 6½ + 10½ = 17 Cm. — 10 Nåle passede. Venstre Gränse faldt nedadtil fuldständigt sammen med den ikst.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

42. 55-årig Mand, Längde 150 Cm., Vägt 45000 Gm, Brystbredde 28½ Cm.

Diagnose: Dilat. & hypertr. cordis, impr. d. Emphysema pulm. Gangræna pulm. dext.

Hjärtets Bredde 11, Längde 10½, Mitralen 10, Trikuspidalen 14, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Väg 12, höjre 4 Mm. Vägt 340 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen, 8½ Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Gränse sad 1—1½ Cm. indenfor Randen.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4½ Cm. fra jugulum.
» höjre » 8 Cm. fra l. m.
» venstre » 10½ Cm. fra l. m.

Fire Nåle i v. Gränse passede; af 3 Nåle i h. Gränse passede den överste, de 2 nederste sad 2 Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 9 + 10½ = 19½ Cm. — 5 Nåle i v. Gränse passede, 4 Nåle i h. Gränse sad 1—3 Cm. udenfor Randen i det gangränöse Lungeväv.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV 2 Cm. for höj.

43. 71-årig Mand, Längde 163 Cm., Vägt?, Brystbredde 26½ Cm.

Diagnose: Tub. pulm. Emphysema pulm. l. gr. Hypertr. & dilat. cordis dext. Dilat. levis cordis sin. Degen. myocardii. Arterioscler. levis.

Hjärtets Bredde 12, Längde 10½, Mitralen 10, Trikuspidalen 14, aorta og Pulmonalen 9 Cm. Venstre Ventrikelväg 11, höjre 4 Mm. Vägt 350 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » ½ Cm. indenfor Papillen, 9½ Cm. fra l. m.

Fire Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: Ikr.I, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 4 Cm. fra l. m.
» venstre » 10½ Cm. fra l. m.

7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 5½ + 10½ = 16 Cm. — 9 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved C.IV passede.

44. 42-årig Mand, Längde 165 Cm., Vägt 45000 Gm, Brystbredde 27 Cm.

Diagnose: Tub. pulm. Pleurit. adhæsiva d. Hypertr. & dilat. cord. dext.

Hjärtets Bredde 13, Längde 10½, Mitralen 10, Trikuspidalen 13½, aorta og Pulmonalen 9 Cm. Venstre Väg 9, höjre 6 Mm. Vägt 320 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » 4½ Cm. til h. for l. m.
» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen, 8½ Cm. fra l. m.
Fem Nåle i v. Gränse passede, 2 i höjre.
Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 5 Cm. fra jugulum.
» höjre » 6 Cm. fra l. m.
» venstre » 9 Cm. fra l. m.
8 Nåle passede.
Den *afd. Hjd.* 6 + 9 = 15 Cm. — 10 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved C.IV passede.

45. 71-årig Mand, Längde 155 Cm., Vägt 47500 Gm, Brystbredde 27 Cm.

Diagnose: Dilat. cord. tot., impr. d. Hypertr. cord. d. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm.

Hjärtets Bredde 13, Längde 11, Mitralen 12, Trikuspidalen 14, aorta og Pulmonalen 9½ Cm. Venstre Väg 10, höjre 5 Mm. Vägt 340 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen, 9 Cm. fra l. m.
Fire Nåle i v. Gränse passede.
Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 5 Cm. fra jugulum.
» höjre » 4½ Cm. fra l. m.
» venstre » 11 Cm. fra l. m.
8 Nåle passede.
Den *afd. Hjd.* 4½ + 12 = 16½ Cm. — 10 Nåle passede.
Den *relat. Hjd.* ved Ikr.IV passede.

46. 69-årig Kvinde, Längde 145 Cm., Vägt 47500 Gm, Brystbredde 24 Cm.

Diagnose: Endocard. mitral. & valv. aortæ. Hypertr. cord. tot., impr. sin. Dilat. cord. d. Degen. myocardii. Emphysema pulm. l. gr.

Hjärtets Bredde 11, Längde 10½, Mitralen 8½, Trikuspidalen 11½, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 15, höjre 5 Mm. Vägt 320 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » 1 Cm. til h. for h. Sternalrand.
» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen, 8½ Cm. fra l. m.

5 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.
» höjre » 7½ Cm. fra l. m.
» venstre » 9½ Cm. fra l. m.

9 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 7½ + 9½ = 17 Cm. — 11 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.IV passede.

Anm. Ved Perkussion *5 Uger för Döden* fandtes Dämpningslinjerne således:

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » 3 Cm. udenfor Papillen, 15 Cm. fra l. m.
Den *ikst. Hjds* överste » C.II, 3 Cm. fra jugulum.
» höjre » 4½ Cm. fra l. m.
» venstre » 15 Cm. fra l. m.
Den *afd. Hjd.* 4½ + 15 = 19½ Cm.

47. 45-årig Kvinde, Längde 158 Cm., Vägt 30500 Gm., Brystbredde 24 Cm.

Diagnose: Tub. pulm. Hyp. & dil. lev. cord. dext.

Hjärtets Bredde 10½, Längde 10½, Mitralen 9½, Trikuspidalen 11½, aorta og Pulmonalen 6½ Cm. Venstre Väg 9, höjre 2 Mm. Vägt 225 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen, 7½ Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 5 Cm. fra l. m.
» venstre » 8½ Cm. fra l. m.

4 Nåle i v. Gränse passede, 3 i h. Gränse sad 3—4 Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 6 + 8½ = 14½ Cm. — 6 Nåle i v. Gränse passede, 4 Nåle i h. Gränse sad ½—3 Cm. indenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved C.IV passede.

Anm. På Grund af stärk kavernös phthisis i h. Lunge, der var omgiven af en ½ Cm. tyk fibrös pleura, var der intens Dämpning på h. Forflade, som i höj Grad vanskeliggjorde Perkussionen.

48. 26-årig Kvinde, Längde 145 Cm., Vägt 41500 Gm, Brystbredde 24½ Cm.

Diagnose: Parametrit. Peritonit. purulenta. Degen. amyloid. organorum. *Hjärtet disloceret opad og til venstre.*

Hjärtets Bredde 9, Längde 8, Mitralen 9, Trikuspidalen 10½, aorta og Pulmonalen 6 Cm. — Venstre Väg 11, höjre 2 Mm. Vägt 160 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » 2½ Cm. udenfor Papillen, 14 Cm. fra l. m.

3 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.
» höjre » 3 Cm. fra l. m.
» venstre » 14 Cm. fra l. m.

6 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 4 + 14 = 18 Cm. — 8 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.III passede. (Se Tavle A, Bill. 6).

49. 70-årig Kvinde, Längde 135 Cm., Vägt 23000 Gm, Brystbredde 22 Cm.

Diagnose: Emphysema pulm. Hypertr. & dilat. lev. cord. dext. Cancer ventriculi. Anteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 9, Längde 8, Mitralen 9, Trikuspidalen 10½, aorta og Pulmonalen 7½ Cm. Venstre Väg 10, höjre 2 Mm. Vägt 155 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen, 6 Cm. fra l. m.

Af 2 Nåle passede den överste, den nederste sad 1 Cm. indenfor Randen.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 4 Cm. fra l. m.
» venstre » 7½ Cm. fra l. m.

Af 3 Nåle i v. Gränse passede 2; 1 sad 1 Cm. indenfor Randen; 3 Nåle i h. Gränse sad 1 Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 4¾ + 8¼ = 13 Cm. — Af 4 Nåle i v. Gränse passede 3; 1 sad 1 Cm. indenfor Randen. Af 4 Nåle ved h. Gränse passede den överste; de 3 nedre sad 1 Cm. indenfor Randen.

Den *relat. Hjd.* ved Ikr.IV passede.

50. 44-årig Kvinde, Längde 150 Cm., Vägt 40250 Gm, Brystbredde 27 Cm.

Diagnose: Hypertr. & dilat. cord. (stärk *Dilat. af h. atrium*), Emphysema pulm. Nephrit. chron.

Hjärtets Bredde 12, Längde 11, Mitralen 11, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Väg 13, höjre 3 Mm. Vägt 290 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » 2 Cm. indenfor Papillen, 9½ Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Gränse passede.
Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 7 Cm. fra l. m.
» venstre » 11 Cm. fra l. m.
6 Nåle passede.
Den *afd. Hjd.* $8\frac{1}{4} + 11\frac{1}{4} = 19\frac{1}{2}$ Cm. — 9 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

51. 56-årig Kvinde, Längde 150 Cm., Vägt 45000 Gm, Brystbredde 24 Cm.

Diagnose: Hypertr. & dilat. cord. dext. lev. Emphysema pulm. Cancer recti, peritonæi & hepatis. *Hjärtet dislokeret opad.*

Hjärtets Bredde 11, Längde 10, Mitralen 9, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 10, höjre 3 Mm. Vägt 200 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » 4 Cm. til h. for l. m.
» venstre » 13 Cm. til v. for l. m., ved Papillen.

En Nål i h. Gränse sad 1 Cm. indenfor Randen, en Nål i v. Gränse lige i Randen.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, $3\frac{1}{2}$ Cm. fra jugulum.
» höjre » 6 Cm. fra l. m.
» venstre » $13\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.
4 Nåle passede.
Den *afd. Hjd.* $6 + 14\frac{1}{2} = 20$ Cm. — 8 Nåle passede.

På Grund af den höjtstående *Lever* var der dämpet på nederste Del af h. Forflade fra C.III. En mere markeret Dämpningslinje fandtes ved Ikr.IV. Leverens överste Flade sad i Höjde med Ikr.III.

52. 62-årig Kvinde, Längde 140 Cm., Vägt 37000 Gm, Brystbredde 26 Cm.

Diagnose: Emol. cerebri. Symphysis pericardii. Pleurit. adhæsiva dupl. Hypertr. & dilat. cord. tot. Insufficient. mitralis & aortæ. Degen. adip. myocardii. Peritonitis suppurativa. Nephritis chron. Sequel. extirp. vesicæ felleæ.

Hjärtets Bredde 14, Längde 13, Mitralen 10, Trikuspidalen 12, aorta & Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 20, höjre 5 Mm. Vägt 420 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » h. Sternalrand.
» venstre » Papillen, 10 Cm. fra l. m.
Tre Nåle i v. Gränse passede.
Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.
» höjre » 5 Cm. fra l. m.
» venstre » $10\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.
9 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 5,8 + 11,7 = 17½ Cm. — 11 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved C.V 1 Cm. for lav.

53. 20-årig Kvinde, Längde 145 Cm., Vägt 51000 Gm, Brystbredde 28 Cm.

Diagnose: Symphysis pericard. Hypertr. & dilat. cord. totius. Insufficientia & stenosis mitralis, tricuspidal & aortæ. Degen. fibrosa myocardii.

Hjärtets Bredde 11½, Längde 12, Mitralen 8, Trikuspidalen 9, aorta 6, Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 17, höjre 7 Mm. Vägt 460 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » 5 Cm. til h. for l. m.
» venstre » 2 Cm. udenfor Papillen, 11½ Cm. fra l. m.

7 Nåle i h. og v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.
» höjre » 6½ Cm. fra l. m.
» venstre » 12 Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 7½ + 13 = 20½ Cm. — 9 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved Ikr.III 2 Cm. for höj. (Se Tavle A, Bill. 5.)

Anm. Ved Perkussion 18 Dage för Döden fandtes samtlige Dämpningslinjer ganske som efter Döden med Undtagelse af den relat. Hjds v. Gränse, der lå 1 Cm. längere inde.

54. 76-årig Kvinde, Längde 145 Cm., Vägt 35500 Gm, Brystbredde 22 Cm.

Diagnose: Insufficientia mitralis. Dilat. cord. totius. Hypertr. cord. dext. Nephritis chron. Anterioscleroşis.

Hjärtets Bredde 11, Längde 11, Mitralen 9, Trikuspidalen 11, aorta og Pulmonalen 7½ Cm. Venstre Väg 8, höjre 6 Mm. Vägt 290 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » 1 Cm. udenfor h. Sternalrand.
» venstre » ½ Cm. udenfor Papillen, 10 Cm. fra l. m.

4 Nåle i v. Gränse og 1 i h. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 7 Cm. fra l. m.
» venstre » 12½ Cm. fra l. m.

4 Nåle i v. Gränse passede, 3 Nåle i h. Gränse sad 1—1½ Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 8 + 13 = 21 Cm. — 6 Nåle ved venstre Gränse passede. Af 4 Nåle ved höjre passede den överste, de 3 nederste sad 1—1½ Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved C.IV passede.

55. 30-årig Kvinde, Längde 155 Cm., Vägt 40000 Gm, Brystbredde 26 Cm.

Diagnose: Hypertr. & dilat. cord. dext. Tub. pulm. Pleurit. adhæs. dupl.

Hjärtets Bredde 11½, Längde 11, Mitralen 9½, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 10, höjre 4 Mm. Vägt 245 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr. II.
» höjre » h. Sternalrand.
» venstre » Papillen, 11 Cm. fra l. m.
Tre Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C. II, 3 Cm. fra jugulum.
» höjre » 5 Cm. fra l. m.
» venstre » 12 Cm. fra l. m.
7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 6 + 13 = 19 Cm. — 10 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr. IV passede.

56. 4 Måneder gl. Dreng, Längde 57 Cm., Vägt 3250 Gm, Brystbredde 11 Cm.

Diagnose: Catarrh. gastro-intest. Atrophia infantil. Anæmia.

Hjärtets Bredde 4½, Längde 4½, Mitralen 4, Trikuspidalen 5, aorta 2¾, Pulmonalen 3 Cm. Venstre Väg 5, höjre 0 Mm. Vägt 25 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr. II.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » 4 Cm. fra l. m.
To Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: ubestemmelig på Grund af thymus.
» höjre » 1½ Cm. fra l. m.
» venstre » 4½ Cm. fra l. m.
8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 2,7 + 5,3 = 8 Cm. — 8 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr. IV passede.

57. 46-årig Kvinde, Längde 145 Cm., Vägt 55000 Gm, Brystbredde 29 Cm.

Diagnose: Fractura baseos cranii & femoris sin.

Hjärtets Bredde 10, Längde 10, Mitralen 10, Trikuspidalen 11½, aorta & Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 10, höjre 1 Mm. tyk. Vägt 270 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C. III.
» höjre » v. Sternalrand.
» venstre » 11 Cm. fra l. m., 2 Cm. indenfor Papillen.
4 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: Ikr.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » $5\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.
» venstre » 12 Cm. fra l. m.
7 Nåle passede.
Den *afd. Hjd.* 6 + $12\frac{1}{2}$ = $18\frac{1}{2}$ Cm. — 11 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved C.V passede.

58. 25-årig Mand, Längde 165 Cm., Vägt 47500 Gm, Brystbredde 28 Cm.

Diagnose: Tub. pulm. Dil. & hypertr. lev. cord. dext. Degen. parenchymat. organorum.

Hjärtets Bredde 11, Längde 11, Mitralen 10, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 10, höjre 3 Mm. Vägt 295 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » Papillen, 8 Cm. fra l. m.
Tre Nåle i v. Gränse passede.
Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra l. m.
» höjre » $5\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.
» venstre » 9 Cm. fra l. m.
6 Nåle passede.
Den *afd. Hjd.* $6\frac{1}{2}$ + $9\frac{1}{2}$ = 16 Cm. — 8 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

59. 48-årig Mand, Längde 160 Cm., Vägt 44500 Gm, Brystbredde $26\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Tub. pulm. Symphysis pericard. Dilat. cord. tot. impr. dext. Hypertr. cord. dext. Degen. parenchym. myocard. & hepatis.

Hjärtets Bredde 13, Längde 11, Mitralen 10, Trikuspidalen 12, aorta 7, Pulmonalen $7\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Väg 13, höjre 4 Mm. Vägt 260 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.
» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen, 9 Cm. fra l. m.
4 Nåle i v. Gränse sade $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Randen.
Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 8 Cm. fra l. m.
» venstre » 12 Cm. fra l. m.
6 Nåle passede.
Den *afd. Hjd.* 9 + 12 = 21 Cm. — 10 Nåle passede.

Anm. På Grund af stärk Luftudspiling af Ventrikel og colon var den lille atrofiske *Lever* trängt så langt tilbage, at den ikke berörte forreste Bugväg. Der var også tympanitisk Perkussion på nederste Del af höjre Forflade. En utydelig Dämpningsgränse ved Ikr.V passede ikke til noget bestemt.

60. 30-årig Mand, Längde 160 Cm., Vägt 40500 Gm, Brystbredde 26½ Cm.

Diagnose: Dilat. & hypertr. cord. dext. Tub. pulm. Peritonit. tubercul.

Hjärtets Bredde 10½, Längde 10½, Mitralen 10½, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 10, höjre 3 Mm. Vägt 260 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » 1 Cm. udenfor Papillen, 10½ Cm. fra l. m.

Af 3 Nåle i v. Gränse passede de 2 nederste; den övre sad 1 Cm. udenfor.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: Ikr.I, 3½ Cm. fra jugulum.
» höjre » 5 Cm. fra l. m.
» venstre » 12 Cm. fra l. m.

Af 6 Nåle passede 5; den 6te i 2det v. Ikr. sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 7 + 12 = 19 Cm. — Af 8 Nåle passede 6. De 2 överste i v. Gränse sade 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

61. 61-årig Mand, Längde 155 Cm., Vägt 40000 Gm, Brystbredde 25½ Cm.

Diagnose: Symphysis pericardii. Hypertr. et dilat. cord. totius. Endocarditis vetus mitralis. Degen. adip. myocardii. Emphys. pulm. Atrophia renum. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 12, Längde 12½, Mitralen 10½, Trikuspidalen 12½, aorta og Pulmonalen 7½ Cm. Venstre Väg 15, höjre 4 Mm. Vägt 340 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » 6 Cm. til h. for l. m.
» venstre » Papillen, 9½ Cm. fra l. m.

5 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 3½ Cm. fra jugulum.
» höjre » 8 Cm. fra l. m.
» venstre » 10½ Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 9 + 11 = 20 Cm. — 9 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.IV passede.

62. 37-årig Mand, Längde 165 Cm., Vägt 47000 Gm, Brystbredde 29 Cm.

Diagnose: Pericarditis fibrinosa hæmorrhagica. Endocarditis mitralis. Dilat. cord. tot. impr. dext. Hypertr. cord. dext. Tub. pulm. Degen. myocardii.

Hjärtets Bredde 11, Längde 11, Mitralen 10½, Trikuspidalen 14, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 10, höjre 5 Mm. Vägt 345 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » 1½ Cm. indenfor v. Sternalrand.
» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen, 10 Cm. fra l. m.
4 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 7½ Cm. fra l. m.
» venstre » 10½ Cm. fra l. m.
8 Nåle passede.
Den *afd. Hjd.* 8½ + 11½ = 20 Cm. — 10 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

63. 40-årig Mand, Längde 160 Cm., Vägt 40500 Gm, Brystbredde 30 Cm.

Diagnose: Dilat. & hypertr. cord. d. Degen. adip. myocardii. Pleuritis adhæs. d. Pneum. interstitial. chron. dupl. Tub. pulm. l. gr. Encephalit. diffusa subcorticalis.

Hjärtets Bredde 11, Längde 11, Mitralen 10, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Ventrikelväg 10, höjre 3 Mm. Vägt 330 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » Papillen, 9 Cm. fra l. m.
Af 4 Nåle i v. Gränse passede de 2 nedre, de 2 övre sade 1 Cm. udenfor Randen.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 3½ Cm. fra l. m.
» höjre » 6 Cm. fra l. m.
» venstre » 9½ Cm. fra l. m.
Af 7 Nåle passede 5; 2 i 2det og 3dje v. Ikr. sad 1 Cm. udenfor Randen.
Den *afd. Hjd.* 7 + 10 = 17 Cm. — Af 9 Nåle passede 7; 2 i 2det og 3dje v. Ikr. sad 1 Cm. udenfor Randen.
Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

64. 61-årig Mand, Längde 168 Cm., Vägt 53000 Gm, Brystbredde 31 Cm.

Diagnose: Emollitio cerebri. Dilat. et hypertr. cord. tot. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Atrophia renum. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 13, Längde 12, Mitralen 11, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Väg 14, höjre 4 Mm. Vägt 422 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » 1 Cm. indenfor Sternalranden.

Den *relat. Hjds* venstre Gränse: ½ Cm. indenfor Papillen, 11½ Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 7½ Cm. fra l. m.
» venstre » 12 Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.
Den *afd. Hjd.* 8 + 12½ = 20½ Cm. — 10 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

65. 30-årig Kvinde, Längde 160 Cm., Vägt 32500 Gm, Brystbredde 26 Cm.

Diagnose: Degen. fibrosa myocardii. Dilat. lev. cord. Nephrit. chr. Infiltr. adip. hepatis. *Hjärtet dislocerct opad af den store Lever.*

Hjärtets Bredde 10½, Längde 9½, Mitralen 9½, Trikuspidalen 10½, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 11, höjre 1 Mm. Vägt 242 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.I.
» höjre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.
» venstre » Papillen, 9½ Cm. fra l. m.

4 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: Ikr.I, 3½ Cm. fra l. m.
» höjre » 5½ Cm. fra l. m.
» venstre » 10½ Cm. fra l. m.

4 Nåle passede.
Den *afd. Hjd.* 5½ + 11½ = 17 Cm. — 9 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved Ikr.III 1 Cm. for lav.

66. 82-årig Kvinde, Längde 145 Cm., Vägt 72500 Gm, Brystbredde 28 Cm.

Diagnose: Hypertr. & dilat. cord. tot. Endocardit. vetus mitral. & aorta. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 11, Längde 10, Mitralen 9, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 13, höjre 3 Mm. Vägt 270 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.
» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen, 10 Cm. fra l. m.

5 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 5½ Cm. fra l. m.
» venstre » 11½ Cm. fra l. m.

7 Nåle passede; 1 i 5te höjre Ikr. sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 7 + 13 = 20 Cm. — 10 Nåle passede; 1 i Ikr.V på h. Side sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* i Ikr.V var 2¼ Cm. for lav.

67. 59-årig Kvinde, Längde 150 Cm., Vägt 37000 Gm, Brystbredde 27½ Cm.

Diagnose: Dilat. et hypertr. cord. tot. Endocardit. vet. mitral. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Nephrit. chron. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 11, Längde 11, Mitralen 11, Trikuspidalen 11½, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Ventrikelväg 15, höjre 3 Mm. Vägt 350 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » Papillen, 13 Cm. fra l. m.
3 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4½ Cm. fra jugulum.
» höjre » 5½ Cm. fra l. m.
» venstre » 14 Cm. fra l. m.
4 Nåle passede; 1 i 4de h. Ikr. sad 1½ Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 6½ + 14½ = 21 Cm. — 7 Nåle passede; 1 i 5te höjre Ikr. sad 1½ Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

68. 68-årig Kvinde, Längde 155 Cm., Vägt 34000 Gm, Brystbredde 24 Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. sin. Dilat. et hypertr. cord. d. Endocarditis mitral. Degen. myocardii. Arteriosclerosis aortæ. Aneurysma aortæ descend. thorac. Usura columnæ vertebr. Emfysema pulm. Atelect. lobi sup. pulm. sin.

Hjärtets Bredde 10, Längde 11, Mitralen 10, Trikuspidalen 11, aorta 8, Pulmonalen 7. Venstre Väg 15, höjre 4 Mm. Vägt 322 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen, 10 Cm. fra l. m.

4 Nåle i v. Gränse passede. Der var desuden tydelig Dämpning på manubrium og den närmest tilgränsende Del af 1ste og 2det höjre Ribben, ligeledes på överste Del af v. Forflade omtr. til C.III, men uden skarp Gränse. — 2 Nåle i h. Gränse af denne Dämpning sade lige i Randen af aorta ascend.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.I, 1½ Cm. fra jugulum.
» höjre » 7 Cm. fra l. m.
» venstre » 11½ Cm. fra l. m.
10 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 8 + 12 = 20 Gm. — 10 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

69. 36-årig Kvinde, Längde 165 Cm., Vägt 30000 Gm, Brystbredde 26½ Cm.

Diagnose: Tub. pulmon. Dilat. et hypertr. lev. cord. d.

Hjärtets Bredde 10, Längde 10, Mitralen 10, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 10, höjre 3 Mm. Vägt 200 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr. I.
» höjre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.
» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen, 8½ Cm. fra l. m.

5 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: Ikr. I, 4½ Cm. fra jugulum.
» höjre » 5½ Cm. fra l. m.
» venstre » 10 Cm. fra l. m.

Af 6 Nåle sad 3 ved v. Gränse 1 Cm. udenfor Randen; ved h. passede 2, medens 1 sad 1 Cm. udenfor.

Den *afd. Hjd.* 6½ + 10½ = 17 Cm. — Af 9 Nåle sad 3 ved v. og 1 ved h. Rand 1 Cm. udenfor. Resten passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr. IV passede. (Se Tavle A, Bill. 3.)

70. 67-årig Kvinde, Längde 168 Cm., Vägt 32000 Gm, Brystbredde 23 Cm.

Diagnose: Dilat. & hypertr. lev. cord. d. Endocardit. vetus mitralis lev. Degen. adip. myocardii. Tub. pulm.

Hjärtets Bredde 10½, Längde 9, Mitralen 10, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 10, höjre 3 Mm. Vägt 246 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr. II.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen, 8 Cm. fra l. m.

4 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C. II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 6½ Cm. fra l. m.
» venstre » 9 Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 7½ + 9½ = 17 Cm. — 9 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr. IV passede. (Se Tavle A, Bill. 2.)

71. 58-årig Kvinde, Längde 150 Cm., Vägt 40500 Gm, Brystbredde 25½ Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. tot. Dilat. lev. cord. d. Degen. adip. myocardii. Arterioscl. aortæ. Emphysema pulm. Cancer pylori.

Hjärtets Bredde 10½, Längde 10, Mitralen 12½, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 12, höjre 4 Mm. Vägt?

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C. III.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » 1½ Cm. indenfor Papillen, 9 Cm. fra l. m.

Af 3 Nåle i v. Gränse sad den överste 1 Cm. udenfor Randen, de 2 nederste passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
» höjre » 4½ Cm. fra l. m.
» venstre » 11 Cm. fra l. m.

8 Näle passede.

Den *afd. Hjd.* 5½ + 12½ = 18 Cm. — 10 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved C.V passede.

72. 74-årig Kvinde, Längde 165 Cm., Vägt 36500 Gm, Brystbredde 25 Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. impr. sin. Dilat. cord. impr. dext. Endocardit. vetus mitralis. Degen. adip. et fibrosa myocardii. Emphysema pulm. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 12, Längde 12, Mitralen 9½, Trikuspidalen 12, aorta 7, Pulmonalen 7½ Cm. Venstre Väg 13, höjre 3 Mm. Vägt 305 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.
» höjre » 1 Cm. indenfor h. Sternalrand.
» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen, 10 Cm. fra l. m.

5 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.
» höjre » 5 Cm. fra l. m.
» venstre » 11 Cm. fra l. m.

7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 6 + 12 = 18 Cm. — 10 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

73. 46-årig Mand, Längde 160 Cm., Vägt 35000 Gm, Brystbredde 26½ Cm.

Diagnose: Hæmorrhagia cerebri. Dilat. et hypertr. cord. totius. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 13, Längde 12, Mitralen 10½, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 16, höjre 3 Mm. Vägt 395 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » 1 Cm. udenfor Papillen, 10½ Cm. fra l. m.

3 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: Ikr.I, 3 Cm. fra jugulum.
» höjre » 6 Cm. fra l. m.
» venstre » 12 Cm. fra l. m.

Af 8 Nåle passede 7; 1 i 5te höjre Ikr. sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $7\frac{1}{2} + 13\frac{1}{2} = 21$ Cm. — Af 10 Nåle passede 8; den överste i v. Gränse og den nederste i h. Gränse sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved C.V passede.

74. 63-årig Mand, Längde 155 Cm., Vägt 48000 Gm, Brystbredde $29\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Dilat. cord., impr. dext. Hypertr. cord. d. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Pleurit. adhæsiva dupl.

Hjärtets Bredde 12, Längde 12, Mitralen 10, Trikuspidalen $12\frac{1}{2}$, aorta $7\frac{1}{2}$, Pulmonalen 8 Cm. Venstre Väg 10, höjre 3 Mm. Vägt 365 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, 10 Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, $3\frac{1}{2}$ Cm. fra jugulum.
» höjre » 5 Cm. fra l. m.
» venstre » 11 Cm. fra l. m.

Af 8 Nåle passede 6; de 2 nederste i h. Gränse sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $6 + 11\frac{1}{2} = 17\frac{1}{2}$ Cm. — Af 10 Nåle passede 8; de 2 nederste til höjre sade 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* vnd Ikr.IV passede.

75. 77-årig Mand, Längde 160 Cm., Vägt 53000 Gm., Brystbredde 22 Cm.

Diagnose: Hypertr. magna cord. tot. Degen. adip. myocardii. rteriosclerosis. Emphysema pulm. Atrophia renum.

Hjärtets Bredde 12, Längde $10\frac{1}{2}$, Mitralen 10, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Väg 20, höjre 5 Mm. Vägt 392 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.
» höjre » h. Sternalrand.
» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, 14 Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.
» höjre » 9 Cm. fra l. m.
» venstre » 14 Cm. fra l. m.

9 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $10 + 14 = 24$. — 11 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

Anm. Ved Perkussion 8 Dage för Döden fandtes höjre Gränse for alle 3 Dämpningers Vedkommende 1 Cm. längere inde mod Midtlinjen end efter Döden. Ellers vare Dämpningsfigurerne uforandrede.

76. 41-årig Mand, Längde 150 Cm., Vägt 37000 Gm, Brystbredde 26 Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. tot. Emphysema et œdema pulm. Nephrit. chron.

Hjärtets Bredde 10, Längde 11, Mitralen 9, Trikuspidalen 11, aorta og Pulmonalen 6½ Cm. Venstre Väg 14, höjre 4 Mm. Vägt 255 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr. II.
» höjre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.
» venstre » Papillen, 8½ Cm. fra l. m.
Tre Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C. II, 3 Cm. fra jugulum.
» höjre » 6 Cm. fra l. m.
» venstre » 9½ Cm. fra l. m.
Af 8 Nåle passede 6; de 2 nederste i h. Gränse sade 1 og 1½ Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 7½ + 10 = 17½ Cm. — Af 10 Nåle passede 8; de 2 nederste i höjre Gränse sade 1 og 1½ Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr. IV passede.

77. 77-årig Kvinde, Längde 145 Cm., Vägt 37000 Gm, Brystbredde 25 Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. tot. Emphysema pulm. Cancer vesicæ felleæ et hepatis. Cholelithiasis. Atrophia renum. *Hjärtet dislo-ceret opad.*

Hjärtets Bredde 9, Längde 9, Mitralen 8, Trikuspidalen 10½, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Väg 14, höjre 3 Mm., Vägt 205 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr. I.
» höjre » 1 Cm. indenfor h. Sternalrand.
» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen, 11½ Cm. fra l. m.
4 Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: Ikr. I, 2½ Cm. fra jugulum.
» höjre » 5 Cm. fra l. m.
» venstre » 12½ Cm. fra l. m.
Af 7 Nåle passede 5; de 2 nederste i h. Gränse sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 6 + 12½ = 18½ Cm. — Af 9 Nåle passede 7; de 2 nederste i h. Gränse sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr. III var 1½ Cm. for lav.

78. 51-årig Kvinde, Längde 145 Cm., Vägt 36500 Gm, Brystbredde 24 Cm.

Diagnose: Dilat. cord. tot. Hypertr. cord. dext. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 11, Längde 10½, Mitralen 10, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 7½ Cm. Venstre Väg 10, höjre 3 Mm. Vägt 228 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr. II.
» höjre » Midten af sternum.
» venstre » 1½ Cm. udenfor Papillen, 9 Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Gränse passede.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C. II, 3 Cm. fra jugulum.
» höjre » 4½ Cm. fra l. m.
» venstre » 9½ Cm. fra l. m.

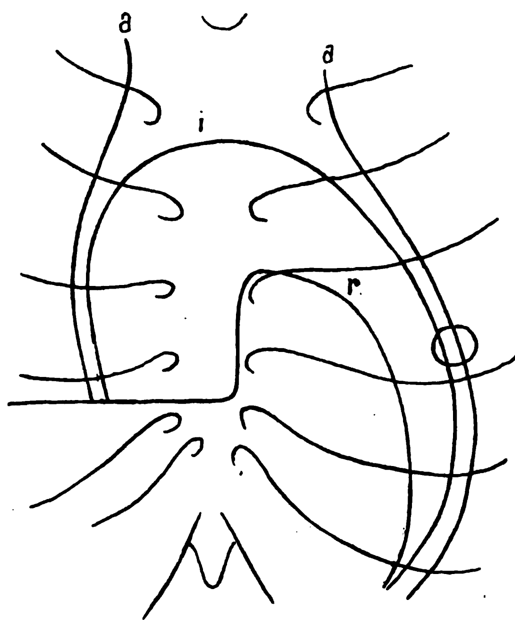
8 Nåle passede.

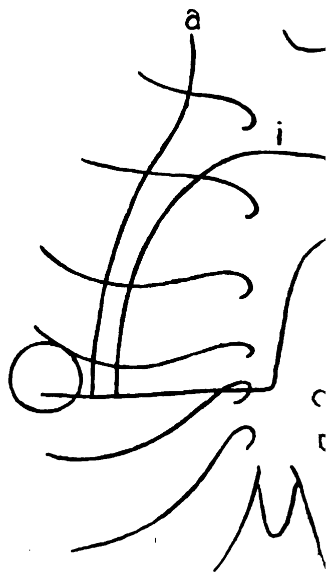
Den *afd. Hjd.* 6 + 10 = 16. — 10 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved Ikr. IV 1 Cm. for höj.

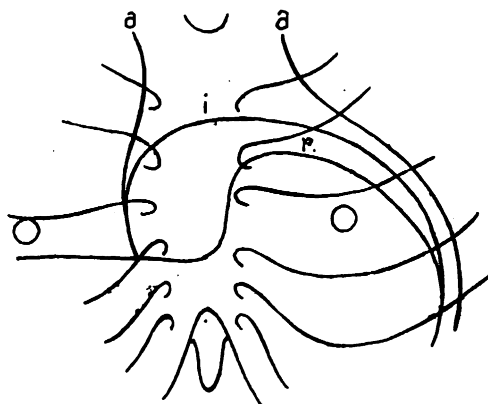
(Forts.)

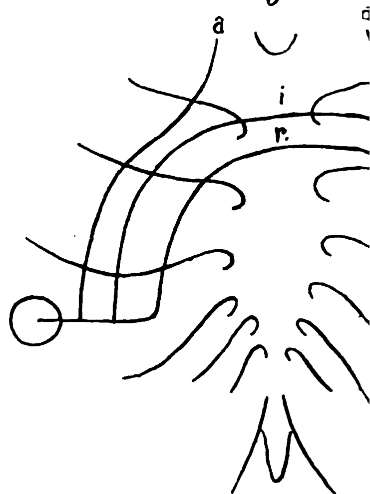


Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.









S. Kruckow Lith. Kjöbenhavn

Tavle A

2

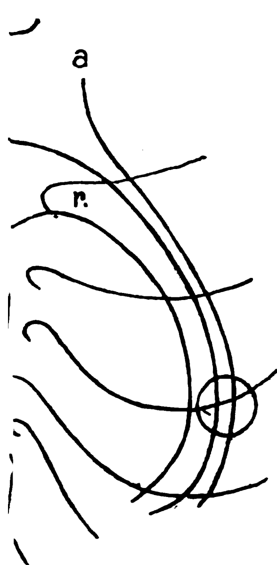
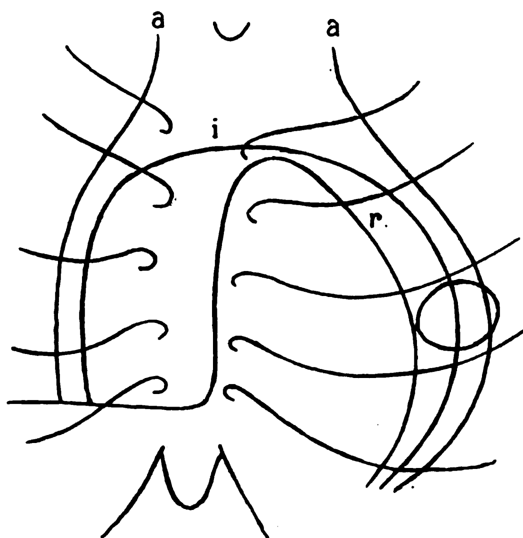


Fig. 3



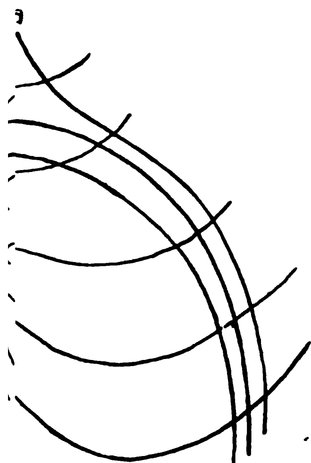
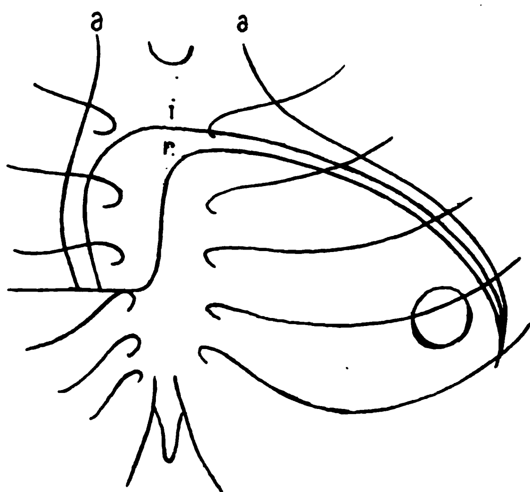


Fig 6



NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. N:r 3.

Postconceptionelle syphilitische Infection gegen das Ende der Schwangerschaft.

Von

Dr. EDVARD WELANDER
in Stockholm.

Die Überführung der syphilitischen Krankheit von der Mutter auf das Kind durch die Placenta — die Placentarinfection — hat man früher als ziemlich zweifelhaft angesehen, und hervorragende Auctoren haben sie geradezu verneint. Dass die Krankheit indessen in dieser Weise übertragen werden kann, ist durch mehrere Krankheitsgeschichten überzeugend dargethan worden. Sowohl der Vater wie die Mutter ist bei der Conception vollkommen gesund gewesen, während der Gravidität aber ist die Mutter von Vater (oder auch von einer anderen Person) mit der Syphilis angesteckt worden, und das Kind hat sich dann ziemlich bald nach der Geburt mit Syphilis (erblicher, congeniter oder wie wir sie nun nennen wollen) behaftet gezeigt. Solche Fälle von postconceptioneller Infection kommen hin und wieder vor, und auch ich habe mehrere gesehen. Es ist jedoch nicht meine Absicht, hier folgenden Krankheitsfall zu besprechen, um einen weiterer Beweis für diese Art von Infection zu erbringen. Ich veröffentliche diesen Fall, weil er ein ziemlich zuverlässiger Beweis dafür ist, dass auch dann, wenn die Mutter sich erst während der letzten Zeit, ja so spät während der Gravidität Syphilis zuzieht, dass die sogenannten constitutionellen Symptome bei ihr nicht vor der Entbindung zum Ausbruch gelangen können, das syphilitische Gift gleichwohl durch die Placenta dem Fötus zugeführt werden und die Syphilis dann beim Kinde in ganz derselben Weise und in der-

selben Form, wie wir es gewöhnlich bei erblicher, congeniter Syphilis sehen, auftreten kann.

Den 11. März 1892 wurde ich von Frau L. wegen eines Auschlages consultiert, den ihr damals 5 Wochen alter Kind seit vier Tagen gehabt hatte. Es zeigte sich, dass es Syphilis war, welche Krankheit ich da auch bei der Mutter und einen Tag später beim Vater constatirte.

Der Vater (der mehrere Jahre an Psoriasis vulgaris gelitten hatte) giebt an, dass er Ende October 1891 von Stockholm nach einer Provinzstadt gereist war und sich dort bis zum 15. November aufgehalten hatte. Ein paar Tage vor seiner Abreise von dieser Stadt hatte er einen Coitus ausser der Ehe gehabt (die Frau befand sich in Stockholm). Nach seiner Rückkehr wohnte er einige Male seiner graviden Frau bei. Anfang December entdeckte er eine kleine Hautlosigkeit an dem Penis, die er aber nicht weiter beachtete, da er Psoriosisflecken auch am Penis hatte und daher glaubte, dass die Hautosigkeit von diesen herrührte. Er übte indessen auch hiernach ein paar Mal den Beischlaf mit seiner Frau aus, das letzte Mal ein paar Tage vor Weihnachten. Seine Hautlosigkeit vergrösserte sich indessen und ihre Umgebung wurde hart, doch ging sie dadurch, dass er sie rein hielt, allmählich in Heilung über. Er befand sich übrigens wohl und vermachte zwischen seinen Psoriasisflecken keinen Ausschlag zu entdecken, weshalb er keinen Arzt consultirte. Den 12. März hatte ich Gelegenheit, ihn zu untersuchen; ich fand bei ihm eine ziemlich bedeutende, geheilte Sclerose; am Rumpfe zeigte sich eine ziemlich reichliche Roseola, im Erblassen begriffen, ausserdem grössere und kleinere Psoriosisflecken.

Die Mutter, 37 Jahre alt, hatte in einer früheren Ehe 4 Kinder geboren, von denen drei am Leben und gesund sind und das vierte in einem Alter von 19 Monaten an »Gehirnentzündung» gestorben ist. Die Mutter wurde indessen Ende April 1891 von Neuern schwanger; der Verlauf der Schwangerschaft war die ganze Zeit hindurch völlig normal. Sie giebt an, mit ihrem Manne nach seiner Rückkehr von der oben erwähnten Reise einige Male, das letzte Mal ein paar Tage vor Weihnachten, den Beischlaf ausgeübt zu haben. Sie merkte indessen an sich nichts Ungewöhnliches, bis sie in der letzten Zeit vor der Entbindung an der Scham ein Brennen fühlte und da an ihr eine Wunde entdeckte, die bis zur Entbindung be-

stehen blieb, ohne dass sie sonst das geringste Unbehagen gefühlt oder an ihrem Körper irgend welchen Ausschlag beobachtet hätte. Den 31. Januar 1892 fand ihre Entbindung in normaler Weise statt, und ebenso verlief auch das Wochenbett normal. Als alles dieses vorüber war, merkte sie, dass sich die Wunde an ihrer Scham erhalten hatte; da sie sich aber sonst gesund fühlte und sich an ihrem Körper nichts Ungewöhnliches zeigte, so beachtete sie dieselbe nicht weiter. Den 11. März fand ich bei ihr eine deutliche, nicht geheilte Sklerose an dem linken Labium minus, Adenitis und eine reichliche, kleinfleckige Roseola mit allen Zeichen eines erst kurzen Bestandes. Im Munde, am Anus und an den Genitalien waren, mit Ausnahme der Sklerose, keine Symptome von Syphilis zu entdecken. Das Allgemeinsbefinden war gut.

Das Kind wurde ausgetragen den 31. Januar geboren; es wog 9 schwedische Pfund (3,826 Gram), war dick und fett und sah gesund aus. Nach zwei bis drei Tagen stellte sich bei ihm Schnupfen ein. An seinem Körper war bis zum 7. März, wo sich bei ihm um den Mund und die Nase herum ein Ausschlag zu zeigen begann, der sich von Tag zu Tag vermehrte, nichts Ungewöhnliches zu sehen. Den 11. März untersuchte ich das Kind. Es war sehr gut ernährt, hatte einen starken Schnupfen, eine schlechte Gesichtsfarbe und Rhagaden in den Mundwinkeln; an der Stirn, um die Nase und den Mund herum und am Kinn fanden sich eine Menge hier und da confluirende, theilweise mit unreinen gelbgrauen Krusten bedeckte syphilitische Papeln. Auch an den Unterarmen, den inneren Seiten der Händen, den Hinterbacken, den Beinen und den Fusssohlen zeigten sich eine Menge typische syphilitische Papeln. — Das Kind hatte ausserdem einen acuten Lungencatarrh.

Den 17. März abends starb das Kind.

Bei der den 19. März ausgeführten Obduction wurden das Gehirn, das Herz und der Darmcanal gesund befunden, in der rechten Lunge aber eine lobuläre Pneumonie und in der linken ein bedeutendes Ödem constatirt. Die Leber war gross und von etwas festerer Consistenz als gewöhnlich. Die Milz zeigte sich gross, locker; Perisplenit (lose Adherenzen mit den umgebenden Theilen). Die Nieren waren angeschwollen und hyperämisch und zeigten hier und da kleine Blutungen. Keine Veränderungen in den Knochen, in den Ossificationszonen (Wegener).

Also: der *Vater* wird infectirt ungefährt 11—12 Wochen . . . . .
entdeckt seine Sklerose ungefähr 8 Wochen . . .
übt den Beischlaf mit der Mutter aus ein paar Mal
während der 8.—6. Woche . . . .
die *Mutter* wird wahrscheinlich infectirt nahezu 6 Wochen . .
entdeckt ihre Sklerose ungefähr 2 Wochen . . .
} *vor* der Geburt des Kindes.

Fünf Wochen *nach* der Geburt des Kindes haben gleichzeitig:

der *Vater:*	die *Mutter:*	das *Kind:*
eine geheilte Sklerose und reichliche, erblasste Roseola.	eine nicht geheilte Sklerose und eine reichliche, kleinfleckige Roseola von noch nicht langem Bestande.	Schnupfen und syphilitische Papeln im Gesicht, an den Armen, den Beinen, den inneren Seiten der Händen und den Fusssohlen.

Die Zeit des Auftretens des Ausschlages beim Kinde, die Localisation und das Aussehen des Ausschlages weisen deutlich darauf hin, dass hier ein Fall von (erblicher) congeniter Syphilis vorliegt; die feste Beschaffenheit der Leber und die Perisplenitis können ja ebenfalls als eine Stütze dafür angeführt werden. Auf der anderen Seite spricht das Fehlen der Primäraffection sowie der ganze Verlauf der Krankheit bestimmt dagegen, dass wir es hier mit einem Fall der Infection des Kindes bei der Geburt *durch die Sklerose der Mutter* zu thun haben.

Leider vermachte die Mutter nicht anzugeben, wie lange sie ihren Ausschag, als ich das Kind am 11. März untersuchte, gehabt hatte; sie war jedoch überzeugt davon, dass er sich nur eine ganz kurze Zeit gefunden hatte. Das Aussehen des Ausschlages sprach auch dafür, dass dieses der Fall war. Die Zeit der Infection der Mutter und des Auftretens der Sklerose bei ihr deutet ja ganz bestimmt darauf hin, dass sie zur Zeit ihrer Entbindung noch keine constitutionellen Symptome gehabt hat; sie behauptet auch mit Bestimmtheit, dass sie damals noch frei von Ausschlag war. Hätten sich bei der Entbindung allgemeine Symptome gefunden, so würde wahrscheinlich all das Secret, das während und nach derselben über die äusseren Geschlechtstheile geflossen ist, an ihnen einen Reizung und wenigstens die eine oder andere mucöse Papel oder Syphilide érosive hervorgerufen haben; aber nicht die geringste Spur, nicht der geringste Rest von etwas derartigen war zu entdecken. Alles spricht dafür, dass die Mutter ihre allgemeinen Symptome

erst ziemlich lange nach der Entbindung bekommen hat und dass sie sich damals in dem sogenannten zweiten Incubationsstadium befunden hat, d. h. dass die Krankheit noch nicht constitutionell gewesen ist.

Dass hier trotzdem eine Placentarinfection vorliegt, ist sicher, und die Frage ist dann die: wie hat unter solchen Verhältnissen die syphilitische Krankheit auf das Kind vor seiner Geburt übertragen werden können? Ich glaube, dass man dieses sehr gut durch eine bacterielle Auffassung der syphilitischen Krankheit erklären kann, und ich will hier aus einem Aufsatz von mir: »Till frågan om preventiv behandling» (Zur Frage von der preventiven Behandlung), Hygiea, Nov. 1894, S. 430—432, folgende Worte anführen:

»Die Syphilis ist höchst wahrscheinlich eine Microbenkrankheit. Wenn die Microben durch eine kleine Wunde an einer Stelle in den Organismus gelangt sind, so fangen sie, obschon dieses in Übereinstimmung mit ihren Natur nur langsam geschieht, bald an, sich an der Eingangsstelle der Krankheit zu entwickeln und zu vermehren. Während der Zeit, wo dieses geschieht, und auch nachher, werden von hier Microben (und vielleicht auch ihre Sporen) durch die Lymphbahnen in die nächsten Drüsen, von da in andere, nahe liegende, von diesen wieder in andere u. s. w. bis in die entferntesten Drüsen geführt. Theils vom Lymphsystem, theils möglicherweise auch direct von der Primärinfection gelangen nun die Microben in die Blutmasse und werden mit dieser nach allen Theilen des Körpers geführt, wobei sie hier und da hängen bleiben, an welchen Stellen sie sich nachher (kleine Herde des Syphilisgiftes bildend) entwickeln und vermehren.

Können nun die Symptome der syphilitischen Krankheit durch diese Anschauungsweise erklärt werden?

Dass die syphilitischen Krankheitsproducte durch die Microben verursacht werden, die für diese Krankheit specifisch sind, ist wohl ebenso sicher, wie dass die tuberculösen und leprösen Veränderungen ihre Ursache in den Tuberkel- und Leprabacillen haben. Ausserdem können aber Krankheitssymptome auftreten, die auf den durch die Syphilismikroben verursachten Toxinen beruhen.

Ich habe mir von dem Verlaufe folgende Vorstellung gemacht: sobald sich die Syphilismikroben an der Eingangsstelle der Krankheit hinreichend vermehrt haben, zeigt sich die erste

augenscheinliche pathologisch-anatomische Veränderung im Organismus, die Sklerose. Je nachdem sich die Mikroben vermehren und längs den Lymphbahnen den Lymphdrüsen zugeführt werden, finden wir Veränderungen in diesen Drüsen; zuweilen finden wir die Lymphgefässe selbst angeschwollen, so z. B. das sich längs dem Dorsum penis hinziehende; stets sehen wir, dass nahe belegene, oft auch, dass entfernter liegende Drüsen anschwellen. Aber schon zu dieser Zeit finden wir oft, dass die Patienten anämisch werden, Kopfschmerzen, rheumatoide Schmerzen u. s. w. bekommen, was ganz sicher, wenigstens zum Theil, auf Rechnung der bereits begonnenen Toxinenwirkung zu schreiben ist. Bald tritt nun ein mehr oder weniger reichlicher Ausschlag auf, dadurch hervorgerufen, dass die in Blutstrom gelangten Mikroben in den feinsten Hautgefässen hängen geblieben sind und dort angefangen haben, sich allmählich zu entwickeln.

Eine wichtige Frage hierbei ist nun die: werden nun, vor dem ersten allgemeinen Ausbruch der Syphilis, diese Mikroben von dem Blutstrome nur in die Haut geführt oder können sie mit ihm auch in die inneren Organe gelangen? Alles spricht dafür, dass dieses letztere wirklich der Fall ist. Wir sehen nämlich beim ersten Ausbruch der Krankheit syphilitische Producte nicht allein an der Haut, sondern auch an allen Schleimhäuten und so weit hinein auftreten, wie wir sie mit unseren gegenwärtigen Untersuchungsmethoden verfolgen können. Wir finden auch, dass dann tiefer liegenden Theile afficirt werden können. Nicht selten sehen wir deutliche Knochenhautentzündungen auftreten, und ebenso können wir z. B. auch Regenbogenhautentzündungen beobachten; es zeigen sich auch Symptome, die als irritative Processe im Gehirn und im Rückenmark gedeutet werden müssen; so finden wir auch Symptome, die auf eine Reizung in der Leber und den Nieren hindeuten. Alles dieses macht es ja im höchsten Grade wahrscheinlich, dass die Syphilismikroben nicht nur nach verschiedenen Hautpartien, sondern zugleich nach allen den übrigen Theilen des Organismus geführt werden können, wo sie sich zwar auch vermehren, anfangs oft aber nur eine so gelinde, so unbedeutende Reizung verursachen, dass wir mit unseren gegenwärtigen Untersuchungsmethoden in der Regel kein Symptom derselben entdecken können, wie wir auch oft kein Symptom der Reizung in der Haut beobachtet haben würden, wenn es nicht mit dem

Gesichtssinne aufzufassen gewesen wäre. Sehr wahrscheinlich würden bei einer in diesem Stadium der Krankheit ausgeführten Obduction irritative, dem Processe in der Haut entsprechende Processe, wenn nicht makroskopisch, so doch mikroskopisch, in den meisten inneren Theilen des Körpers zu entdecken gewesen sein.»

Wenn sich nun Sklerose und Adenitis finden, so dürfte ja wohl die Möglichkeit einer allmählichen Überführung der Mikroben in alle Theile des Körpers vorligen, und es erscheint dann wohl auch als ganz natürlich, dass sie auch in den graviden Uterus mit seinem bedeutend entwickelnden Blutgefässsystem gelangen könnten. Als höchst wahrscheinlich erscheint es mir auch, dass sie dann hier und da in den Placentargefässen hängen bleiben konnten und sich dadurch, dass sie in ihnen kleine Läsionen verursachen, Gelegenheit bereiten, in die Circulation des Fötus überzugehen und ihn solchergestalt zu inficiren. Es ist dann aber die Frage, ob diese Mikroben im Stande sind, in der Placenta derartige Veränderungen hervorzurufen, ehe die anderen von der Blutmasse in die übrigen Theile der mütterlichen Körpers geführten Mikroben sich dort so entwickelt haben, dass sie die Veränderungen in der Haut und der Schleimhaut verursachen, die wir als Beweise dafür ansehen, dass die Krankheit constitutionell geworden ist.

Nach den Ergebnissen neuerer Forschungen an Thieren können nämlich fremde Körper, also auch die Mikroben, nicht von der mütterlichen in die fötale Placenta übergehen, so lange die Placenta vollständig gesund ist; dieselbe bildet gegen das Vordingen dieser Körper eine Barrière. Ganz anders gestaltet sich das Verhältniss, wenn diese Mikroben in den feinsten Placentargefässen kleine Veränderungen (Blutungen, Endothelnekrosen) hervorrufen; in solchen Fällen findet sich die Möglichkeit, dass die Mikroben von der mütterlichen in die fötale Placenta und von da in den Fötus übergeführt werden können.

Wahrscheinlich ist das Verhältniss beim Menschen dasselbe.

Da sich nun die syphilitischen Mikroben ganz sicher sehr langsam entwickeln, so muss es eigenthümlich erscheinen, dass sie sich, wie in meinem Falle, wo ihre Entwickelung im Körper der Mutter eine so späte gewesen ist, dass die allgemeinen Symptome wahrscheinlich erst lange nach der Entbindung aufgetraten sind, in der Placenta so schnell entwickelt haben sollten, dass sie daselbst schon vor der Entbindung Veränderungen

zu verursachen vermochten, durch welche sie in den Fötus gelangen konnten.

Leider wissen wir nicht, ob sich in meinem Falle in der Placenta Veränderungen fanden oder nicht, daher derselbe eben so wenig wie andere dazu beitragen kann, uns in dieser Frage eine Aufklärung zu geben.

Aber auch wenn in meinem Falle die Placenta vollständig normal gewesen sein sollte, so ist dadurch gleichwohl die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass der Fötus durch die Placentarcirculation inficiert worden ist. Wie v. DÜRING hervorgehoben hat, ist es ja möglich, dass bei der Entbindungsarbeit in der Placenta kleine Risse entstehen können und dass dadurch »die Scheidewände zwischen mütterlichem und kindlichem Blute hinweggeräumt werden». Befinden sich nun unter solchen Verhältnissen Syphilismikroben im Blute der Mutter in Circulation, so hindert ja nichts, dass sie in das vorher vielleicht ganz gesunde Blut des Fötus kommen und dasselbe inficieren können.

v. DÜRING führt folgenden Fall an, wo seiner Ansicht nach »die Infection wahrscheinlich auf diese Weise zu erklären ist»:

Eine Frau, deren Mann während ihrer Schwangerschaft extragenital angesteckt worden war, wurde von v. DÜRING kurz vor der Entbindung untersucht (die Genitalien scheinen bei ihr [einer Türkin] einer Untersuchung nicht unterworfen worden zu sein), ohne dass sich dabei secundäre Symptome entdecken liessen. Zwei Wochen nach der Entbindung zeigte die Mutter suspecte Symptome von Lues, und nach noch einer Woche waren bei der Mutter die Symptome der Lues deutlich ausgesprochen. Vier bis fünf Wochen nach der Entbindung traten beim Kinde syphilitische Symptom auf.

Ob nun in diesem Falle die Infection des Fötus in der Weise stattgefunden hat, wie v. DÜRING annimmt, ist zwar nicht zu entscheiden, doch ist es möglich.

Unbestreitbar hat mein Fall ziemlich grosse Ähnlichkeit mit dem von v. DÜRING beschriebenen, und es kann ja möglich sein, dass die Infection des Kindes in meinem Falle bei der Entbindung und in der Weise stattgefunden hat, wie v. DÜRING in seinem Falle annimmt.

Damit eine Infection des Fötus durch eine Placentarinfection — dieselbe mag nun vor oder während der Entbindung stattfinden — geschehen könne, noch ehe die Syphilis der Mutter

constitutionell geworden ist, muss das Syphilisgift, hoc est die Syphilismikroben, unbedingt im Blute der Mutter schon vor der Entbindung circuliren. Nur in dieser Weise, scheint es mir, können solche Fälle wie v. Dürings und meiner erklärt werden.

Aber wenn nur dieses richtig ist, so stellt sich eine Frage auf: sollte man nicht, wenn man eine solche Frau bei Zeiten, gleich nach der Entdeckung der Sklerose, behandelt, Aussicht haben, eine Menge der im ihrem Blute circulirenden Mikroben zu tödten und dadurch vielleicht ihre Überführung in den Fötus zu verhindern? Ich für meinen Theil bin der Ansicht, dass dieses nicht unmöglich ist.

Wenn wir nämlich sehen, dass das Quecksilber, unter welcher Form es auch dem Organismus mitgetheilt werden mag, so zu sagen jede beliebige Form des syphilitischen Krankheitsproductes allmählich zwingt zurückzugehen und zu verschwinden, so sind wir ja ziemlich berechtigt zu glauben, dass es das aborbirte, in das Blut gekommene Quecksilber ist, welches dieses dadurch herbeigeführt hat, dass es auf die Mikroben, die die betreffenden Krankheitsproducte verursachen, zerstörend und todtend einwirkt. Wir wissen, dass das Quecksilber, in welcher Weise es auch dem Organismus mitgetheilt werden mag, sich nicht nur im Blute nachweisen lässt, sondern sogar in sehr grosser Menge in ihm nachgewiesen wird. Ein solches quecksilberhaltiges Blut ist ja eine Art Quecksilber — vielleicht Sublimatlösung. Da nun mit diesem quecksilberhaltigen Blute Quecksilber in alle Theile des Körpers gelangt und in den Fötus in utero übergeht ja sogar in pathologischen Producten (Eiter, Ascitesflüssigkeit) transsudirt, so dürfte es ja dem Quecksilber möglich sein, überall seine deletäre Wirkung auf die Syphilismikroben auszuüben, gleichviel an welcher Stelle im Organismus sie sich befinden.

Dadurch, dass nun in solchen Fällen wie meiner Quecksilber schnell und kräftig vor der Entbindung (gleich nach der Entdeckung der Sklerose) in der Körper der Mutter gebracht worden wäre, hätten wir ja, da sich bei der Behandlung mit Hg Quecksilber bekanntlich in grosser Menge im Blute findet, ganz sicher die Möglichkeit gehabt, schädlich auf die in demselben circulirenden Syphilismikroben einzuwirken, und vielleicht hätten wir dann ihre Verbreitung in die Placenta und

ihren Übergang in den Fötus verhindern können, gleichwie es uns vielleicht auch möglich gewesen wäre, die Verbreitung der syphilitischen Mikroben im Körper der Mutter einzuschränken.

Diese ist wenigstens meine Ansicht, und ich für meinen Theil würde, wenn ich in solchen Fällen die Sklerose bei der Mutter bei Zeiten hätte diagnostisiren können, nicht gezögert haben, die Mutter in der obengenannten Absicht einer Hg-Behandlung zu unterwerfen, von der ich weiss, dass Quecksilber schnell und kräftig absorbirt wird.

Sollten wir nicht aus dem obigen Raisonnement die Consequenzen ziehen, dass in jedem Falle von Syphilis mit der Behandlung mit Quecksilber zu beginnen sei, noch ehe sich constitutionelle Symptome eingestellt haben? Dieses ist auch meine Ansicht, und wenn auch von einigen Seiten Anmerkungen gegen diese Art des Zuwegegehens gemacht worden sind, so habe ich gleichwohl in Übereinstimmung mit dieser meiner Ansicht seit einer Reihe von Jahren, sofort mit der Hg-Behandlung begonnen, wenn ich die Diagnose mit *voller Sicherheit* auf Sklerosis stellen konnte. Ich habe *keinen* Fall gesehen, wo ich den geringsten Grund gehabt hätte anzunehmen, dass diese zeitige Behandlung in irgend welcher Hinsicht schädlich gewesen sei, wohl aber habe ich in einer Menge von Fällen geglaubt, Ursache zu der Annahme zu haben, dass eine solche zeitige Behandlung mit Hg (mit nachfolgender kräftiger, intermittenter Behandlung) den Verlauf der syphilitischen Krankheit gemildert hat.

Ich kann nicht einsehen, weshalb wir bei dieser Krankheit im Streite mit der Auffassung handeln sollen, von der wir uns bei allen den anderen Bacterienkrankheiten leiten lassen, nämlich dass es das Beste ist, die Bacterien so bald wie möglich, am liebsten noch ehe sie sich im Organismus verbreitet haben, zu tödten zu versuchen.

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

Nordisk medicinsk literatur från 1895.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: OLOF HAMMARSTEN: Några ord om olikheterna mellan kvinnomjölk och komjölk. — OLOF HAMMARSTEN: Om pentosuri.

OLOF HAMMARSTEN: **Några ord om olikheterna mellan kvinnomjölk och komjölk.** Upsala läkareför. förhandl., bd 30, s. 407.

En mångsidig och på samma gång koncist affattad öfversikt af, hvad man hittils känner angående de viktigaste olikheterna mellan kvinno- och komjölk, hvilken, såsom framhållande de förnämsta synpunkterna, hvilka böra beaktas för att af komjölk kunna framställa en kvinnomjölken så vidt möjligt är liknande dibarnsföda, är väl värd att uppmärksammas af hvarje läkare. Se originalet.

C. Th. M—r.

OLOF HAMMARSTEN: **Om pentosuri.** Öfversikt af Upsala läkareför. förhandl., ny följd, bd 1, s. 62.

Framhåller pentosernas genom nyare undersökningar af SALKOWSKI, KÜLZ och VOGEL samt af förf. ådagalagda mera allmänna förekomst inom djurriket samt lemnar bl. a. anvisningar om sättet att påvisa pentoser i diabetisk urin, d. v. s. vid samtidig närvaro af dextros i större mängd. *C. Th. M—r.*

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi: E. A. HOMÉN: Bidrag till kännedomen om ryggmärgsabscesserna. — R. SIEVERS: Fall af ruptura cordis. — R. SIEVERS: Två fall af ruptur af aorta inåt perikardialhålan. — R. SIEVERS: Blödning inåt magsäcken ur en i den sammas vägg förlöpande, ateromatöst degenererad arter. — AXEL WALLGREN: Ett fall af trombos af vena cava inferior. — R. SIEVERS: Malign, diffus nybildning i digestionsapparaten hos en 24-årig man. — R. SIEVERS: Fall af pancreatitis gangrænosa acuta. — P. HERTZ: Om det såkaldte myxoma eller pseudomyxoma peritonæi.

E. A. HOMÉN: **Bidrag till kännedomen om ryggmärgsabscesserna.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 353.

Fallet gälde en 56-årig man, som d. 24 april 1893 började lida af häftiga smärtor i benen, korsryggen, bröstet och skuldrorna, hvilka dock ej förhindrade pat. att vara i rörelse. D. 26 om aftonen blef vänstra benet plötsligt förlamadt och känslolöst samt påföljande dag högra benet, hvarjämte defekationsstörelser och svårighet att urinera inträdde. Fullständig anestesi å nedre extremiteterna samt bålen framtill ända upp till ungefär 4:de refbenet samt baktill några tvärfinger högre upp. Pat. afled d. 2 maj s. å.

Vid obduktionen anträffades i ryggmärgen en abscess, sträckande sig från 4:de cervikalsegmentet ända ned till 6:te dorsalsegmentet, med ett tämligen fullständigt afbrott endast i 8:de cervikalsegmentet, intog i allmänhet de bakre delarna samt vann sin största utsträckning i 4:de dorsalsegmentet, hvarest den, såsom den mikroskopiska undersökningen sedan ådagalade, nästan fullständigt afbröt banorna i vänstra sidosträngen, delvis äfven i högra. Ryggmärgshinnorna voro intakta, så när som på en lätt infiltration af pian och arachnoidean å de begränsade ställen, hvarest den variga infiltrationen i ryggmärgen stötte omedelbart till periferin eller mycket närmade sig den samma. I midten af vänstra 2:dra frontalvindeln tätt under ytan en något större än ärtstor varhärd. Två lika stora varhärdar tätt under corticalis i vänstra parietalloben, samt en mängd liknande smärre varhärdar djupare inne i hvita substansen af både högra och vänstra hemisferen. Därjämte fans en kronisk, varig bronkit, en vänstersidig bronkopnevmonisk härd, och i vänstra lungan tvänne bronkiektatiska håligheter med tjockt varigt innehåll.

Hr H. har underkastat ryggmärgen en noggran mikroskopisk undersökning och lemnar en detaljerad beskrifning af resultatet af den samma, hvarjämte fallet belyses genom en plansch af en tvärsektion af ryggmärgen. *L. W. Fagerlund.*

R. SIEVERS: **Fall af ruptura cordis.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 587.

En 73-årig man, som icke haft lues men väl missbrukat spirituosa, afled plötsligt omedelbart efter intagande af en stor portion korngrynsgröt. Vid obduktionen påträffades pericardium starkt utspändt

af mörka blodkoagula, hjärtat slapt, hopfallet; å vänstra ventrikelns vägg finnes i närheten af spetsen en i hjärtats längdriktning gående ruptur, omkring 3 cm. lång med snedt genom muskulaturen gående, oregelbundet förlopp; rupturen öppen för tvänne finger. Hjärtat är något fettbelagdt med obetydligt skäckig muskulatur. Bägge koronarartererna, särskildt den till den rupturerade väggen gående, ganska starkt skleroserade. Valvler friska. Artererna på hjärnans bas samt aorta thoracica skleroserade. *R. Sievers.*

R. SIEVERS: **Två fall af ruptur af aorta inåt perikardialhålan.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 588.

En 64-årig man, som ikke haft lues eller missbrukat alkohol, afled plötsligt omedelbart efter begagnandet af klosetten. Vid obduktionen påträffades pericardium utspänd af koagulerad blod; hjärtkamrarna starkt kontraherade, blodtomma; valvler friska. Nedersta delen af aorta måttligt dilaterad, starkt skleroserad, och tätt invid högra hjärtörat i den inom perikardialhålan belägna delen af aorta en för ett finger passerbar ruptur af dess vägg. Hela aorta samt kärlen på hjärnans bas starkt skleroserade.

Hos en 67-årig kvinna hade ett, aorta ascendens intagande, barnhufvudstort aneurysma brustit inåt perikardialhålan, ungefär 2 cm. ofvanom aortas afgång från hjärtat; bristningen öppen för ett finger. Å patientens ansikte anträffades ärr och sårnader, som antogos vara af luetisk natur. Blodkärlen voro något sklerotiska.

R. Sievers.

R. SIEVERS: **Blödning inåt magsäcken ur en i den sammas vägg förlöpande, ateromatöst degenererad arter.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 652.

Hos en 77-årig kvinna, som aflidit i följd af en blödning i vänstra linskärnen, befans magsäcken vara utspänd af rikliga, mörka blodkoagula och i hela tarmkanalen likaledes rikligt blod. På midten af magsäckens bakre vägg syntes på dess insida en ateromatöst degenererad, lederad liten arter, med det rupturerade stället tilltäpt af en lätt lossnande tromb. *R. Sievers.*

AXEL WALLGREN: **Ett fall af trombos af vena cava inferior.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 364.

Tromben, som anträffades hos en 35 år gammal man, sträcker sig genom vena cava inferior i hela dess utsträckning, början ofvan lefvervenernas inmynningsställe och fortsätter sig i venæ iliacæ och femorales, hvardera renalis samt hepaticæ, af hvilka den fullkomligt tillsluter den från högra lefverloben kommande hufvudstammen, men endast delvis den från vänstra loben kommande. Inåt lefvern sträcker sig tromben in i grenar af medelvidd, medan de finare äro fria. Från den närmaste omgifningen af vena cavas öfversta del sträcker sig en tämligen tjock, svållik bildning mellan högra lefverloben och diaphragma, fast sammanlödande dessa vid hvarandra. Svålen fortsättes åt sidan ett

stycke inpå och öfvergår sedermera i den för öfrigt normala lefverkapseln. — W. har underkastat trombeu och kärlen en noggran mikroskopisk undersökning och lemnar en detaljerad redogörelse för denna undersökning, som dessutom belyses af en tafla.

L. W. Fagerlund.

R. SIEVERS: **Malign, diffus nybildning i digestionsapparaten hos en 24-årig man.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 708.

Pat., som icke missbrukat alkohol eller haft lues, afled under symptom af höggradig anemi och allmän svaghet, och erbjöd under lifvet föga symptom från digestionskanalen. Ventrikeln var betydligt förminskad, dess slemhinna, makroskopiskt sedt, öfver hufvud taget normal, muskellagret däremot diffust förtjockadt, skirröst indureradt, särskildt trakten af cardia, som endast var tillgänglig för ett lillfinger. Ventrikelns curvatura major var genom svåliga strängar fästad vid colon transversum, mesenteriet delvis förtjockadt och svåligt. Å tunntarmarnas väggar sågos linsstora fasta knutar, och vid mikroskopisk undersökning af några måttligt ansvälda retroperitoneala körtlar anträffades uti de samma stora celler af växlande form med tydliga kärnar.

R. Sievers.

R. SIEVERS: **Fall af pancreatitis gangrænosa acuta.** Från Maria sjukhus i Helsingfors. Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 607.

En 31-årig, korpulent urmakaregesäll, som lefvat vid tiden för insjuknandet något oordentligt, och som icke stått främmande för användning af starka drycker, insjuknade plötsligt med uppkastningar och uppösning af buken, med åtföljande plågsam känsla af fyllnad under bröstet. Han hade oupphörliga kräkningar och stark meteorism, de första dagarna förstoppning, sedermera talrika, lösa, slemförande uttömningar. Ingen ömhet vid palpation af buken; vid perkussion af bukens vänstra hälft lindrig dämpning. Temp. når om kvällarna ikke upp till 38°, om morgnarna är den samma under 37° C. Puls liten, regelbunden, 100 slag. Pat. är något ikterisk och förefaller oaktadt sitt svåra tillstånd synnerligen belåten. Kräkningarna, diarréet och meteorismen fortforo, och pat. afled efter 17 dagars sjukdom under symptom af septikemi.

Vid obduktionen påträffades öfveralt å fettet i bukhålan, på omentet, mesenterium, appendices epiploicæ, njurkapseln m. fl. ställen talrika lins- till ärtstora, gulhvita fläckar, hvilka gifva fettväfven i bukhålan ett skäckigt utseende. Vid genomsnitt visa sig dessa gulhvita bildningar bestå af en homogen detritusmassa. Omedelbart invid de samma synas på många ställen hemorragiska infiltrationer. I bukhålan förefinnas, särskildt i vänstra hälften, från diaphragma ända ned till symfysen stora massor koaguleradt, chokoladfärgadt blod, öfverdragna med det af gula fläckar fullströdda mesenteriet. Pancreas är lös och slapp samt består nästan endast af lösa trasor och slamsor, omgifna af mörkfärgade, halffasta blodmassor.

Förf. antager, att ett i matsmältningskanalen inkommet, obekant gift framkallat en tillstoppning af pancreas' utförsgång, en sekretstas

och ett gangrenöst sönderfall af denna körtel, samt därpå, i följd af den i bukhålan inkomna pankreassaftens frätande verkan, fettnekros och blödningar inom peritonealkaviteten. *R. Sievers.*

P. HERTZ: **Om det såkaldte myxoma eller pseudomyxoma peritonæi.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1042, 1059. *Med Diskussion.* Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. 1894—95, S. 77.

Forf. meddeler et Tilfälde af myxoma peritonæi hos en 75-årig Mand. Efter den histologiske Undersögelse antager han Lidelsen for en endoteliomatös Proces i peritonæum med Tilböjelighed til Kystedannelse og Afsätning af myxomatöst Exsudat.

Under Diskussionen udtalte Dr. LEOP. MEYER Tvivl om, hvor vidt de celluläre Elementer, som fandtes i Svulsten, — navnlig Cylinder- og Bägerceller, — kunde stamme fra Endotelier.

S. Borch.

Speciel patologi och terapi: E. A. HOMÉN: Fall af korsad analgesi och termanestesi, beroende på lues. — H. HOLSTI: Akut lungödem vid hjärtlidande, behandladt med venesektion. — E. G. JOHNSON: Likformig dilatation af œsophagus, beroende på en under lifvet befintlig striktur i cardia, sannolikt af nervöst ursprung. — F. J. PÄTIÄLÄ: Beiträge zur Aetiologie und dem Krankheitsbilde der Hyperchlorhydrie und Hypersekretion. — HALK: Om akut sekundär hepatitis og perihepatitis. — THURE HELLSTRÖM: Om diagnosticerandet af difteri. — THURE HELLSTRÖM: Difteristatistik från Stockholms nya epidemisjukhus 1894. — O. F. HÄSTESKO: Elfva fall af difteri, behandlade med antidifteriserum. — BRUUN: Serumterapiens Resultater på Epidemisygehuset i Esbjerg. — H. HOLSTI: Ett fall af septisk peritonit med gynsam utgång. — SAUGMAN: Om Forholdsregler mod Tuberkulose og särlig om Sanatorier for brystsyge. — O. TORSTENSSON: Några nyare medel mot den basillära ftisen. — HJ. SELLDÉN: Behandlingen af alkoholister och morfinister enligt KEELEY-metoden. — LANGGAARD: Et mistänkeligt Sygdomstilfälde. — H. HOLSTI: Fall af cholera nostras med anuri och akut nefrit. — R. SIEVERS och AXEL VON BONSDORFF: Balantidium coli, megastoma entericum och bothriocephalus latus hos samma person.

E. A. HOMÉN: **Fall af korsad analgesi och termanestesi, beroende på lues.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 702.

Förf. meddelar utförlig sjukdomsbeskrifning öfver fallet, som han antager bero på meningitiska processer å basen af hjärnan äfvensom en meningo-myelitisk affektion i länddelen af ryggmärgen; den korsade sensibilitetsstörelsen anser han vara betingad af någon härd i pons, antagligen beroende på någon endarteritisk process af motsvarande kärl.

R. Sievers.

H. HOLSTI: **Akut lungödem vid hjärtlidande, behandladt med venesektion.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 638.

En 30-årig man, som led af aortavalvel-insufficiens med stark hjärthypertrofi, inhemtades till med. kliniken i nästan döende tillstånd:

stark cyanos, ödem, ytlig, påskyndad respiration med retsam hosta och rikliga, skummiga, tunnflytande, blodblandade sputa; puls oregelbunden 120—130 slag. Öfver hvardera lungan rikliga, mjuka, något förstärkta rassel. Pat. kan ej ligga, sitter med nedböjdt hufvud, förmår ej tala, stark andnöd. Efter uttappande af 500 cm³ blod från vanligt ställe i vänstra armbågsvecket inträdde en märkbar förbättring, respirationen försiggick lättare, och rasslen i lungorna aftogo. Pat. repade sig om några dagar och utskrefs i skäligen godt tillstånd efter 16 dagar. Förf. anser, att den plötsliga vändningen till det bättre var förorsakad af åderlåtningen. *R. Sievers.*

E. G. JOHNSON: **Likformig dilatation af œsophagus, beroende på en under lifvet befintlig striktur i cardia, sannolikt af nervöst ursprung.** Hygiea 1895, II, s. 373.

Tvänne fall meddelas.

Fall 1 var en 31-årig prestman, orsaken möjligen andlig och kroppslig öfveransträngning. Födan stannade i strupen och kom ofta upp oförändrad, svårigheten att svälja var större vid inverkan af psykiska irritament. Med sond kändes tydlig striktur, men denna kunde med lätthet passeras. Det i matstrupen kvarstannande innehållet visade sig vid kemisk undersökning ej hafva varit i beröring med magslemhinnan. Genom sondering, elektrisk behandling och dietiska föreskrifter förbättrades patienten.

Fall 2, 62-årig man, som i sitt 32:dra år fick svårighet att få ned maten. Ibland kom födan upp alldeles oförändrad dagen efter dess intagande. Med vatten gick födan lättare ned i magen. Efter ett 10-tal år bättre, kunde dock aldrig svälja obehindradt. 1891 tvänne gånger blodkräkning — sond kunde ej föras ned i ventrikeln på grund af smärtor. Pat. afled 1892. Vid obduktionen var matstrupen likformigt utvidgad, hopträngdes strax ofvan cardia till ungefär normal vidd. 5 cm. ofvan cardia fans en kancerös ulceration med metastas i en närliggande lymfkörtel.

Orsaken till att dylika dilatationer kunna uppstå, anser förf. i öfverensstämmelse med MELTZER bero därpå, att den förslappande kraften i cardia, som hufvudsakligen utgår från det centrala nervsystemet, är minskad eller upphäfd.

Edgren.

F. J. PÄTIÄLÄ: **Beiträge zur Aetiologie und dem Krankheitsbilde der Hyperchlorhydrie und Hypersekretion.** Akademische Afhandlung. Helsingfors 1895.

Med stöd af 45 sjukdomsbeskrifningar från medicinska klinikens poliklinik och 5 från dess stationära afdelning söker förf. visa, att det viktigaste etiologiska momentet för hyperklorhydri och hypersekretion inom arbetareklassen är »eine traumatische Verletzung des sekretorischen Nervenapparats, die von einem übermässig gesteigerten intraabdominalen Druck hervorgerufen ist». Förf. antager, att plexus och ganglion cœliacum vid tungt arbete, lyftande och dylikt, af bukpressen kompri-

meras mot aorta, ryggraden, vänstra lefverloben och diaphragma, och uppställer såsom sannolik hypotesen, »dass es plexus und ganglion cæliacum sind, welche, durch die von einer zu starken Bauchpresse bewirkten Compression gereizt, eine gesteigerte Absonderung von Magensaft in dem Ventrikel hervorrufen». *R. Sievers.*

HALK: **Om akut sekundär hepatitis og perihepatitis.** Ugeskr. f. Läger R. 5, Bd 2, S. 933, 957, 983.

Forf. har iagttaget et Par Tilfälde af ovennävnte Lidelse og giver i den Anledning en indgående Dröftelse af Sygdommens Oprindelse o. s.v., stöttende sig, foruden til Literaturen, til Obduktioner, foretagne på Alm. Hospital, hvis Detaljer ere meddelte i en Afhandling i Bibl. for Läger 1893. — Sygdommen er nästen dobbelt så hyppig hos Kvinder som hos Mänd; Forf. fandt den i alt 31 Gange ved 414 Obduktioner af Patienter over 50 År. I 10 Tilfälde var Betändelsen frisk; 2 Gange optrådte den sammen med krupös, 8 Gange sammen med katarralsk Lungebetändelse, til Dels ledsaget af frisk fibrinös pleuritis. I alle 10 Tilfälde var Leveren forstörret, der var hyppigt frisk Miltsvulst, i et Par Tilfälde endocarditis verrucosa, og efter Forfatterens Mening gör Sygdommen i det hele Indtrykket af at skyldes en Infektion. I de 21 Tilfälde af perihepatitis af äldre Oprindelse fandtes denne sammen med Levercirrose (2) eller Tuberkulose (5); 2 Gange fandtes perihepatitis ved septikämiske Tilstande. I de resterende Tilfälde var Ätiologien ganske uklar; i intet Tilfälde havde ulcus ventriculi fremkaldt perihepatitis.

Det på St. Josephshospitalet iagttagne letale Tilfälde forekom hos en 9 Års Dreng, der indlagdes med akut kapillär bronchitis og katarralske Pnevmonier; senere opstod Smerte og Ömhed i cardia og Leverregionen, samtidig med Kvalme og Bräkning; Leverens volumen forögedes, der opstod Miltsvulst og en hämorragisk Diatese, senere ascites og Ödemer. Feberen antog efterhånden en remitterende Karakter. Ved Obduktionen fandtes Svulst af Lever og Milt, perihepatitis og en begränset fibrinös pleuritis. Perikardiets Blade vare sammenvoxede, Hjärtet hypertrofisk, dilateret og med Fedtdegeneration af Muskulaturen, dessuden ulcerös valvulär endocarditis.

Det andet refererede Tilfälde opstod hos en Kvinde 3 Uger efter partus, karakteriseredes ved Bräkning, Smerte og Ömhed i Leveregnen, Leversvulst, Feber o. s. v., men endte med Helbredelse.

F. Levison.

THURE HELLSTÖM: **Om diagnosticerandet af difteri.** Hygiea 1895, II, s. 240.

Förf. framhåller, att den kliniska bilden af en svalgaffektion i en mycket stor del fall ensam ingalunda är tillräcklig för ställandet af en bestämd och framför alt tidig diagnos. Af 1,881 patienter, som inkommo på epidemisjukhuset, visade 1,304 eller 69,32 % LÖFFLERS baciller, 577 eller 30,68 % voro fria från difteribaciller, hvarföre på dem ställdes diagnosen *angina*, och de kunde snart utskrifvas. Ingen af

dessa senare kunde påvisas hafva meddelat smitta. Äfven hos till utseendet fullt friska personer kunde mycket ofta difteribaciller påvisas, särskildt vid en epidemi vid Svea lifgarde var detta händelsen: af 786 undersökta gaf den bakteriologiska undersökningen positift resultat i 151 fall, d. v. s. i 19,25 % af de undersökta. Att man härvid hade att göra med en verklig difteri bevisades af utförda virulensförsök och genom följdsjukdomar: albuminuri ackommodationspares, samt därigenom att smitta från dessa i öfrigt fullt friska personer ett par gånger verkligen meddelades.

Regelbundna undersökningar vid scarlatina hafva utförts på epidemisjukhuset: bland 664 scarlatinapatienter hafva endast 13, d. v s. 1,95 %, företett LÖFFLERska baciller, hvarföre på dessa diagnosen scarlatina + difteri ställdes. Den flegmonösa anginan, stomatitis ulcerosa och stomatitis aphtosa företedde aldrig difteribaciller. Insjuknandet i verklig difteri flere gånger torde vara sällsynt, endast 3 patienter hafva 2 gånger varit intagna för bakteriologiskt konstaterad difteri. Den bakteriologiska undersökningen är af stort värde för att bestämma arten af krup; den icke difteritiska är godartad, dock kan trakeotomi nödvändiggöras. Vid scarlatina iakttogs 17 gånger krup, alla på difteritisk bas.

Af stort värde är den bakteriologiska metoden för att upptäcka en smittokälla, hvilket påstående illustreras genom några intressanta fall. En familj, hos hvilken ett difterifall förekommit, kan besparas mycket obehag vid senare uppträdande vanliga anginor, om undersökningen på baciller ger negatift resultat. Likaledes är det nödvändigt för bedömandet af en behandlingsmetods resultat, att diagnosen varit säker. Difteribacillerna kunna länge kvarstå i svalget, och så länge bör pat. kvarhållas på sjukhuset, en regel som förf. alltid följer; undantag, som han gjort ett par gånger, visade faran, alldenstund smitta verkligen meddelades. Ett par gånger har händt, att patienter, som vid utskrifningen förklarats bacillfria, vid en senare undersökning visat sig fortfarande hafva baciller, och att genom dem smitta blifvit spridd.

Edgren.

THURE HELLSTRÖM: **Difteristatistik från Stockholms nya epidemisjukhus 1894.** Hygiea 1895. Svenska läkaresällsk. förhandl., s. 69.

I alla fall af difteri var diagnosen ställd på grund af bakteriologisk undersökning, alla på sjukhuset inkomna patienter äfven sådana, som genast aflidit, medräknas. Under 1894 inkommo 624 difteripatienter, af dessa afledo 163; dödsprocenten 26,12. Under de olika kvartalen var dödsprocenten 38,5, 25,5, 23,7 och 20,.2 Barn under 10 år 446 med 33,8 % dödsfall; under de olika kvartalen var dödsprocenten 45,1, 35,0, 31,3 och 27,8. De difteritiska anginorna (utan krup) 477, döda 82, dödsprocent 17,19; under de olika kvartalen 32,8, 23,6, 14,2 och 5,8; för barn under 10 år motsvarande tal 38,3, 34,7, 20,3 och 9,0. 147 fall hade äfven krup, af dessa afledo 81 = 55,1 %. Under de olika kvartalen dödsprocenten 64,2, 35,7, 55,5 och 55,1; 144 fall voro barn under 10 år, dödsprocenten för de olika kvartalen 66,6, 35,7, 55,5 och 55,2.

Behandlingen var den vanliga, först mot årets slut kunde 4 patienter behandlas med det nya difterimedlet. Särskildt påpekas den kolossala sänkningen i dödsprocenten bland de difteritiska anginorna från 32,8 under första kvartalet till 5,8 under det sista, utan någon ändring i behandlingen. *Edgren.*

O. F. HÄSTESKO: **Elfva fall af difteri, behandlade med antidifteriserum.** Från Maria sjukhus i Helsingfors. Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 424.

Af de 11 fallen tillfrisknade 7 och dogo 4, en mortalitet af 36,4 %. Endast i 3 af fallen hade bakteriologisk undersökning blifvit verkstäld. Endast i 6 af fallen föreligga sjukdomsbeskrifningar; några betraktelser eller uttalanden om metoden finnas icke.

R. Sievers.

BRUUN: **Serumterapiens Resultater på Epidemisygehuset i Esbjerg.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 6, S. 486.

I Januar Måned döde af 17 Difteripatienter 6; Forf. gik da over til Behandling med Seruminjektioner, idet han dog fortsatte sin tilvante desinficerende Lokalbehandling o. s. v. I alle Tilfälde kontrolleredes Diagnosen ved Podning på serum. Forf. har et meget gunstigt Indtryk af Behandlingen. — Feberen faldt, Belägningerne afstödtes hurtigt, og af 73 med Seruminjektion behandlede Patientar döde kun 3. Som särlig interessant kan fremhäves et Tilfälde af difteritisk Belägning på umbilicus hos et 3 Uger gammelt Barn, i hvis Hjem en Söster for 10 Dage siden var död af Difteri; efter Injektion af 10 Kcm. Pasteur-Serum afstödtes Belägningerne, og Barnet kom sig.

F. Levison.

H. HOLSTI: **Ett fall af septisk peritonit med gynsam utgång.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 640.

Förf. redogör för en diffus, allmän peritonit, utgången sannolikt från processus vermiformis, hvilken gick till hälsa oaktadt på 6:te dagen symptom af septisk infektion — indolens, ingen smärta vid djupare palpation af buken, häftiga delirier — uppträdde.

R. Sievers.

SAUGMAN: **Om Forholdsregler mod Tuberkulose og särlig om Sanatorier for brystsyge.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 837, 861. (Også udgivet som Särtryk.)

Efter en Oversigt over Tuberkulosespörgsmålets Standpunkt og särlig over de Foranstaltninger, som i andre Lande ere trufne for at sikre brystsyge Behandling i särlige Hospitaler, stilles et närmere begrundet Forslag til forelöbig at rejse et Sanatorium for betalende brystsyge ved Fakkegrav på Nordsiden af Vejle Fjord. Planen anslås til at ville koste 250 000 Kr. foruden Grunden; for at Anstalten skal kunne forrente sig må Prisen for Opholdet blive 5 til 6 Kr. daglig.

När Foretagendet lykkes, antages der let at kunne skaffes yderiigere Midler til Oprettelse af et Folkesanatorium for ubemidlede.

Ax. Ulrik.

O. TORSTENSSON: **Några nyare medel mot den basillära ftisen.** Eira 1895, s. 439—539. (Föredrag vid 7:de allmänna Svenska läkaremötet.)

Förf. har behandlat 39 lungsotspatienter med baccherin (i en särskild vätska uppslammade jästceller) — resultatet har varit gynsamt. Vidare omnämnas guayakolkarbonatet, kreosotkarbonatet, kreosotvasogen och kanelsyran.

Edgren.

HJ. SELLDÉN: **Behandlingen af alkoholister och morfinister enligt Keeley-metoden.** Eira 1895, s. 503.

Förf. har försökt KEELEY-metoden på i alt 19 patienter: 1 morfinist, 1 opiofag, 1 nikotinist och 16 alkoholister. 2 alkoholister afvisades efter några veckors kur, enär de ej skötte sig efter föreskrift. Metoden anses bättre än strykniuinjektioner, kallvattenbehandling, hypnotism, våldsam inspärrning m. m.

Edgren.

LANGGAARD: **Et mistänkeligt Sygdomstilfälde.** Hosp.-Tidende, R, 4, Bd 3, S. 969.

Forf. beskriver et letalt koleralignende Sygdomstilfälde hos en Arbejdsmand, der havde väret beskäftiget ved Losningen af en Damper. Ved den i Köbenhavns bakteriologiske Institut foretagne, meget omhyggelige Undersögelse konstateredes det, at fæces ikke indeholdt Koleraspiriller, men en kort, lige Stavbakterie, der lignede bacterium coli commune, men dog ikke var denne.

F. Levison.

H. HOLSTI: **Fall af cholera nostras med anuri och akut nefrit.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 652.

Fallet är anmärkningsvärdt för de höggradiga men hastigt öfvergående störelserna uti urinsekretionen. Från torsdag afton till lördag morgon hade pat. als icke kastat någon urin, och vid kateterisering erhöls då blott 5 cm^3 mörkfärgad, grumlig, starkt ägghvitehaltig urin. En nästan fullständig anuri bestod sålunda i 36 timmar. Efter denna minskade afsöndring inträdde sedan en stark polyuri, uppgående till öfver 4 liter i dygnet. Den starka ägghvitehalten och de öfriga tecknen af akut nefrit (rikligt cylindrar, hvita och röda blodkroppar i urinen) försvunno äfven mycket hastigt. Redan efter 2 dygn var albuminhalten betydligt förminskad, och efter 3 dygn voro alla symptom af nefrit förbi. Förf. framhåller den snabba verkan af morfininjektioner mot de häftiga kräkningarna, som genast upphörde.

R. Sievers.

R. SIEVERS och AXEL VON BONSDORFF: **Balantidium coli, megastoma entericum och bothriocephalus latus hos samma person.** Från Maria sjukhus i Helsingfors. Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 403.

Efter ett omnämnande af att 5 fall af balantidium coli hittils blifvit påträffade i Finland, men icke tidigare något fall af megastoma entericum, redogör förff. för ett fall af perniciös anemi hos en 19-årig trägårdslärling, som hade ofvan nämnda alla 3 parasiter i sin tarmkanal. Efter afdrifvande på öfligt sätt af bothriocephalus latus inträdde en betydlig förbättring af patientens tillstånd; enär diarréet dock fortfor och talrika balantidier och megastoma visade sig i afföringarna behandlades pat. med dagliga kininlavemang (15,00 sulph. chinic. på 1500,00 vatten) sedan tarmen kort förut blifvit renspolad med ett emsersaltlavemang (15,00 emsersalt på 1500,00 vatten). Jämte kinin i lavemang erhöll pat. invärtes pulv. cort. chinæ, 0,50, 6 gånger dagligen i keratinerade kapslar. Efter 3 veckors behandling upphörde diarréet, och pat., som blifvit fet och frodig, ansåg sig fullkomligt återstäld. Vid noggran mikroskopisk undersökning anträffades dock fortfarande i slemflockar i afföringarna enstaka balantidier. Förff. framhåller, att balantidierna kunna, då de förekomma i rikligare mängd, underhålla en tarmkatarr, samt att en patient med sparsamma sådana i sin tarmkanal icke behöfver erbjuda något sjukdomssymptom. — På förekomsten af megastoma entericum utöfvade kininbehandlingen icke något inflytande; dessa parasiter uppträdde på samma sätt och i lika stort antal så väl vid behandlingens början som vid dess slut. Förff. anse sig icke kunna säga, om dessa intestinaldjur haft någon inverkan på pat:s sjukdomstillstånd. Antagligt är, att de samma funnit en trefsam jordmon i den af de andra parasiterna störda slemhinnan.

R. Sievers.

Kirurgi och oftalmiatrik: JOHAN WIDMARK: Om kokain och desinfektion af ögat vid starroperationer. — ALI KROGIUS: Om operativ behandling af tumörer i fovea media cranii. — KR. POULSEN: Et Tilfälde af purulent Sinustrombose efter kronisk otitis media. Åbning af sinus; Helbredelse. — M. W. AF SCHULTÉN: Sällsynt fall af retrofaryngealt sarkom. — M. W. AF SCHULTÉN: Bidrag till bukhålans kirurgi. I. — KAROLINA ESKELIN: Studier öfver tarminvagination. — EDV. VON WEYMORN: Fall af tarmvred, två gånger operatift behandladt hos samma person; hälsa. Kasuistiska meddelanden från länssjukhuset i Viborg. — HJ. VON BONSDORFF: Fall af recidiverande appendicit, behandlade med exstirpation af appendix under fri mellantid. — OTTO ENGSTRÖM: Recidiverande appendiciter, behandlade med exstirpation af appendix under fri mellantid. — JOHAN NICOLAYSEN: Studier over Ätiologien og Patologien af ileus i Tilslutning til 30 behandlede Tilfälde. — C. D. JOSEPHSON och ARTUR VESTBERG: Om retroperitoneala fettsvulster. — M. SALIN: Myxom i omentum majus med abscessbildning och perforation i colon transversum. — G. HEINRICIUS: Njurtuberkulos; nefrotomi; nefrektomi. — O. MICHAELSSON: Två fall af prostatahypertrofi behandlade med kastration. — F. BAUER: Om coxa vara. — HJ. VON BONSDORFF: Bidrag till frågan om operativ behandling af invetereradt brott af lårbenshalsen. — ANDERS WIDE: Handbok i medicinsk gymnastik.

JOHAN WIDMARK: **Om kokain och desinfektion af ögat vid starroperationer.** Hygiea 1895, II, s. 189.

I inledningen lemnas en kort historik öfver ögonantiseptikens utveckling. Därpå afhandlas de efter starroperationen uppträdande, permanenta hornhinnegrumlingarna. Af dessa särskiljas tvänne former: den ena beroende hufvudsakligen på en lesion af hornhinnans endotel genom i främre kammaren inträngande sköljvätska, den andra på en försenad tillslutning af främre kammaren, orsakad af en genom kokainets inverkan störd sårläkning. Tre fall af permanent hornhinnegrumling meddelas från Serafimerlasarettets ögonklinik. Därjämte lemnas en kort framställning af de försiktighetsmått, hvilka böra vidtagas för att undvika sådana grumlingar.

I nästa afdelning redogör förf. för de experimentela undersökningar, som på senaste tiden blifvit gjorda om desinfektion af ögat samt om tårvätskans antibakteriela egenskaper. Slutligen lemnas en öfversikt öfver resultatet af starrextraktionerna å Serafimerlasarettet under åren 1859 till d. $^{1}/_{7}$ 1895, samt öfver det sätt hvarpå ögonantiseptiken tillämpats därstädes under de senaste 3 åren.

Widmark.

ALI KROGIUS: **Om operativ behandling af tumörer i fovea media cranii.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 386.

Förf. redogör för följande i diagnostiskt och operatift hänseende synnerligen intressanta fall:

En 34-årig kvinna hade sedan nov. 1892 lidit af intensiv värk i vänstra sidan af ansiktet. I febr. 1893 tillkommo lätt vänstersidig

ptosis samt myosis, senare på våren märktes anestesi i vänstra ansiktshälften. I juli samma år inträdde abducensförlamning på vänstra ögat, i sept. konstaterades en förträngning af tuba Eustachii sin. genom en, naso-faryngealkaviteten frambuktande tumör. Trigeminusnevralgin tilltog ständigt i intensitet i synnerhet senaste tid. Då pat. tidigare blifvit behandlad med en långvarig antiluetisk kur, gjorde förf. diagnos af en tumör i fovea media cranii på vänstra sidan, som perforerat kraniets ben och invuxit i naso-faryngealkaviteten, på grund af abducens och sympaticusförlamningen, sammanstälda med nevralgin och anestesin i trigeminus' alla grenar. D. 6 april 1895 gjordes en operation, som afsåg att, om ock ej en fullständig exstirpation af svulsten kunde ske, dock genom aflägsnandet af gangl. Gasserii befria pat. från hennes olidliga plågor. Fossa temporalis i dess nedre del, samt hela fossa infratemporalis ända till basen af proc. pterygoideus frilades enligt KRÖNLEINs tillvägagående för resektion af III. trigeminus' gren. En trepanationsöppning, omfattande $\frac{1}{3}$ af pars sqvamosa oss. temp., ala magna, nedåt och inåt sträckande sig ända till basen af proc. pterygoideus och foramen ovale, anlägges. Diagnosens riktighet besannas. Ur fovea media cranii uttogs en 4 cm. × 2,4 cm. × 2,6 cm. stor tumör. Pat. dog 13 dygn efter operationen i följd af hjärnprolaps och sekundär meningit.

Väl medveten om farligheten af det operativa ingreppet, anser förf. med rätta detta dock i fall som det föreliggande, i synnerhet om genom symptomens samstämmighet redan tidigare än här en rätt diagnos kan göras, fullt indiceradt. För öfrigt hänvisas till den synnerligen fullständiga sjukhistorien i originaluppsatsen, till hvilken en orienterande afbildning af tumören och dess läge på basis cranii är fogad.

Hj. von Bonsdorff.

KR. POULSEN: **Et Tilfälde af purulent Sinustrombose efter kronisk otitis media. Åbning af sinus. Helbredelse.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 957.

15-årigt ungt Menneske, der i mange År har haft Udflod fra venstre Öre. I Januar 95 kom der stärkere Udflod og Hovedsmerter, han febriciterede, hvorfor d. $^{15}/_{2}$ Resektion af proc. mast. med Udtömmelse af pus. Der kom Kulderystelse og höj Feber, Svulst på venstre Side af Halsen. Sinus transv. frigöres og åbnes, den indeholdt en purulent Trombe, der fjärnedes; herved stärk Sinusblödning, hvorfor Tamponade med Jodoformgaze. Svulsten på Halsen langs v. jugularis tabte sig i de närmeste Dage (periphlebitis); der kom flere Kulderystelser, og Temp. holdt sig höj; nogle Gange optrådte mindre udtalte Bursiter og Tenosyniter på Underextremiteterne; lidt efter lidt granulerede Såret dog til. En Måneds Tid efter Operationen kom der en Trombose af venstre v. jugularis; den svandt dog lidt efter lidt og foråraagede ingen videre Tilfälde.

I Epikrisen diskuterer Forf. Spörgsmålet, om Underbindingen af v. jugularis skal slutte sig til Sinusoperationen. Han mener, at den i de fleste Tilfälde er uden Betydning; af og til kan den måske göre Skade ved at lösne Trombepartikler. I et ikke ringe Antal Tilfälde

yder Tromben på Halsen en Barriere mod den fremadskridende purulente Emollition, at sige da, når der skaffes Luft for det purulente focus, den purulente Sinustrombose.

I Tilslutning til denne Sygehistorie meddeles et andet Tilfälde, hvor der var Mistanke om en Sinustrombose; en Hud-Periost-Benlap sloges til Side; sinus punkteres; men da der kommer flydende Blod, tamponeres, Lappen lägges på sin Plads. Pat. blev bedre efter det operative Indgreb, som måske har hävet en tilstedevärende Spänding. Fuldständig Helbredelse. *Kr. Poulsen.*

M. W. af SCHULTÉN: **Sällsynt fall af retrofaryngealt sarkom.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 172.

Under förloppet af 12 år hade i bakre svalgväggen hos en 32-årig kvinna utvecklat sig en tumör, som, gåsäggstor, frambuktar högra farynxväggen, framträder på halsen under underkäksvinkeln, förorsakar andnings- och sväljbesvär. Efter föregående trakeotomi på grund af hotande asfyxi vid operationens början, uttages svulsten tämligen lätt ur ett snitt på halsen från käkvinkeln nedåt.

Hj. von Bonsdorff.

M. W. af SCHULTÉN: **Bidrag till bukhålans kirurgi. I.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 553.

Ett fall af volvulus flexuræ sigmoideæ, kompliceradt med striktur i colon ascendens; laparotomi; enterocolostomi; hälsa — jämte anmärkningar om behandling af volvulus af flexuren.

Enligt författarens åsikt utgör en vridning af flexura sigmoidea en rätt vanlig orsak till tarmocklusion, då af 41 fall med detta lidande, som åren 1888—1895 iakttagits på kirurgiska kliniken i Helsingfors, i 10 fall nämnda orsak förelegat. Följande fall meddelas:

En man, som länge besvärats af oregelbunden tarmverksamhet, hade de senaste två månaderna plågats af mycket trög mage — en afföring i veckan. 16 timmar efter det ocklusionssymptom uppträdde intogs han på kliniken. Vid företagen laparotomi iakttogs en äfven förut diagnosticerad vridning af S. romanum ett halft hvarf omkring dess mesenteriala axel. Flexuren var ovanligt lång, dess skänklar ligga parallelt med hvarandra, förenade af ett tjockt, ärrigt mesocolon; den tillförande delen vid fotpunkten ringformigt omsnörd af bindväfsmassor och fixerad vid bakre bukväggen. Då denna stenoserande förträngning, sannolikt en skirr, ej ansågs exstirpabel, och tarmslingan af fruktan för en återvridning ej utan vidare kunde reponeras, göres en anastomos mellan ileum tätt ofvanom cœcum och flexurens afförande del. Sedan förf. diskuterat sjukdomsbilden vid en vridning af S. romanum och framhållit som ett hjälpmedel vid diagnosen den omständighet, att endast en mindre vätskemängd kan ingjutas i ändtarmen, uppställer han till besvarande följande frågor: huru förhindra, att en vridning af slingan upprepas? huru förfara för att den paralyserade tarmdelen åter må fungera? Med användande af det ofvan inslagna förfaringssättet förekommes säkert recidiv, hvarjämte tarminne-

hållets afgång per anum möjliggöres. Dessutom vans, att det kroniska hinder, som fans, kringgicks, och pat. tillförsäkrades för framtiden en normal afföring. *Hj. von Bonsdorff.*

KAROLINA ESKELIN: **Studier öfver tarminvagination.** Akademisk afhandling. 130 + XL s. 4:t med 4 taflor. Helsingfors 1895.

De i den medicinska literaturen offentliggjorda fallen af tarminvagination hafva som bekant tidigare sammanstälts af LEICHTENSTERN (1873—74) och WICHMANN (1893) och af dem gjorts till föremål för monografiska bearbetningar. Fullföljande dessa tidigare statistiker, har fröken ESKELIN i sin med stor omsorg utarbetade afhandling ur literaturen för 1892—94 sammanstält 68 fall af obstruktiv tarminvagination. Härtill fogar förf. 6 fall från klinikerna i Helsingfors med utförliga sjukhistorier och beskrifning af de anatomiska preparaten. Med ledning af detta material samt af ingående literaturstudier lemnar förf. en klar, kritisk framställning af tarminvaginationernas anatomi, patogenes, sekundära patologiska förändringar, symptomatologi, diagnos och behandling.

Vi kunna ej här närmare ingå på intressanta detaljer, som framgå ur förf:s studier, men rekommendera arbetet åt en hvar, som önskar taga närmare kännedom om frågans närvarande ståndpunkt och önska särskildt framhålla det intressanta kapitlet om behandlingen. Fyra väl utförda taflor tjäna till att åskådliggöra de anatomiska förhållandena vid hufvudformerna af tarminvagination. *Ali Krogius.*

EDV. VON WEYMORN: **Fall af tarmvred, två gånger operatift behandladt hos samma person; hälsa. Kasuistiska meddelanden från länssjukhuset i Viborg.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 624.

Man, 43 år, hade två månader tidigare lidit af tarmocklusion och då med framgång behandlats med vatteningjutningar i ändtarmen. D. $^{24}/_{1}$ 94 å nyo ocklusionssymptom och, då på sätt som förra gången förbättring ej inträdde, göres laparotomi. Flexura sigmoidea var vriden två hvarf kring sin mesenteriala axel, hindret utvecklas, tarmen reponeras. D. $^{24}/_{2}$ läkt. D. $^{29}/_{7}$ 95 å nyo symptom af ocklusion; följande dag laparotomi, då på samma sätt en vridning af S. romanum iakttogs, denna uträtas, tarmen reponeras. D. $^{25}/_{8}$ läkt.

Hj. von Bonsdorff.

HJ. VON BONSDORFF: **Fall af recidiverande appendicit, behandlade med exstirpation af appendix under fri mellantid.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 585.

1) Kvinna, 30 år. Första anfallet mycket svårt, nov. 1894, varat 6 veckor; därefter 6 anfall ehuru lättare. D. $^{21}/_{4}$ 95 *exstirpatio appendicis.* I den samma 2 cm. från basen en fekalklump, perifert om denna var appendix mycket förtjockad, fyld med svart exkrementlik massa; hälsa.

2) Kvinna, 30 år. Sedan april 1893 flere ehuru lätta anfall. D. $^{27}/_{7}$ 95 *exstirpatio appendicis*. Appendix fri, basen obliturerad, spetsen bildar en säck med slemmigt, varigt innehåll; hälsa.

Hj. von Bonsdorff.

OTTO ENGSTRÖM: **Recidiverande appendiciter, behandlade med exstirpation af appendix under fri mellantid.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 327 och 634.

1) Kvinna, 38 år, insjuknat i januari 1895, sängliggande 3 veckor, därefter ständigt smärtor i högra sidan. D. $^{2}/_{4}$ *exstirpatio appendicis, ovariotomia sin.* 3 dygn efter operat. tyfoidfeber; hälsa.

2) Kvinna, 50 år. Första insjuknandet december 1894, därpå anfall i april 1895, ständiga smärtor. D. $^{28}/_{5}$ *exstirpatio appendicis*, tunntarmslingor hopgyttrade kring appendix, äfven delar af nätet lösas med svårighet, vid basen af appendix dufäggstor, ostig härd; hälsa.

3) Kvinna, 25 år. Upprepade anfall sedan hösten 1893. D. $^{11}/_{9}$ 95 *exstirpatio appendicis* (*oophorectomia dextra et cauterisatio ovarii sin.*). En tunntarmslinga var adherent vid basen af appendix, som var katarralt förändrad; hälsa.

Hj. von Bonsdorff.

JOHAN NICOLAYSEN: **Studier over Ätiologien og Patologien af ileus i Tilslutning til 30 behandlede Tilfälde.** (Tillägshefte til »Norsk Mag. f. Lägevidenskaben» Juni 1895.)

Af 30 Tilfälde er 60 % helbredede. 13 Tilfälde behandlet med Laparotomi gav en Mortalitet af 54 %.

Under Grupperingen af de forskellige Ileusformer göres opmärksom på en Del Årsager til deres Opståen — Betingelserne for Dannelsen af peritoneale Adhärenser, Udspänding og Parese af et Tarmparti som disponerende Moment for volvulus o. s. v.

Forövrigt er *Arbejdet väsentlig af bakteriologisk Art* og omfatter *Tarmparesens Forhold, den peritoneale Infektion* og *Tarmindholdets Bakterier* og *Toxiner ved ileus.*

De Tilfälde af Tarmlamhed, som navnlig har Betydning for Ileuspatologien, er de som betinger Sygdomsbilledet *pseudo-ileus* og dernäst de såkaldte *Reflexparalyser.*

Som Hovedårsag til »pseudo-ileus» har man nyligen opstillet peritoneal sepsis.

Uden at benägte Infektionens Betydning som Årsagsmoment hävder Forf., stöttet til experimentelle og bakteriologiske Undersögelser, at et incarcereret Tarmparti kan forblive paralytisk, efter at Strangulationen er löst *uden, at der kan påvises peritoneal Infektion* og at et sådant Tarmparti danner en absolut Hindring for Indholdets Passage.

Afsnittet om den peritoneale Infektion ved ileus indledes med en historisk Oversigt over de forskellige Anskuelser om Årsagen til den store Dödelighed ved Laparotomier for denne Sygdom og overhovedet Dödsårsagen ved Tarmokklusioner.

Forf:s egne Undersögelser omfatter 12 Tilfälde af incarcererede Hernier og ileus hos Mennesker.

I 8 Tilfälde med *ikke-nekrotiske* Tarme fandtes Peritonealvädsken steril eller der fandtes ikke-patogene Kokker og Stave i meget ringe Mängde.

I 3 dödeligt forlöbende Tilfälde med Nekrose af Snörefuren fandtes én Gang *staphylococcus aureus* sammen med en Diplokok, 2 Gange *bacterium coli*, og den sidste påvistes også i Milten ved Sektionen (20 Timer efter Döden. Vinter).

I ét Tilfälde var Brokvandet *sterilt* ved Operationen, *skönt Tarmen viste sig nekrotisk.* Patienten döde 3 Dage senere og 2 Timer efter Döden påvistes *bacterium coli* i peritonæum og ligeledes i Milten ved Sektionen.

Det andet Tilfälde, hvor *bacterium coli* påvistes i Brokvandet, forlöb under Billedet af »cholera herniaire» og Forf. har derfor forsögt om Injektioner af steriliserede Coli-kulturer kan fremkalde Diarrhoe.

Injektionerne frembragte regelmässig en stärk Tyndtarmkatarrh men kun sjelden Diarrhoe.

Medens Forf:s Forsög med kunstige Hernier hos Kaniner bekräfter, at allerede lettere Cirkulationsforstyrrelser kan betinge Bakteriegennemgang af Tarmen hos *Dyr*, synes det efter Erfaringer fra *Mennesker* som om der ikke kommer peritoneal Infektion med patogene Bakterier uden at Tarmen (Snörefuren) er nekrotisk.

At der sjelden forekommer ileus med dödelig Udgang, uden at der findes dybere gående Tarmforandringer, ses også af en Sammenstilling af 26 Sektioner, hvor Tarmen viste sig nekrotisk eller ulcererende i 85 % af Tilfäldene.

Muligvis kan man allerede ved den kliniske Observation diagnosticere Tarmens Tilstand, idet *Pulsen* hos de af Forf. behandlede Tilfälde var over 100 hos dem med Tarmgangrän, medens den i de öfrige Tilfälde varierede mellem 60 og 100, ligesom Almentilstanden hos de sidste var forholdsvis god.

En enkelt Observation tyder dog på, at det ikke så meget er *selve Nekrosen* der betinger Forvärrelser af Almentilstanden som den konsekutive *Infektion.*

I de Tilfälde, hvor Ileuspatienterne dör uden at der kan påvises Infektion, er man nödt til at söge Dödsårsagen i andre Forhold, og Forf. har undersögt stagnerende Tarmindhold bakteriologisk og om det muligvis skulde indeholde toxiske Substanser.

I 2 undersögte Tilfälde, hvor Pröver af Tarmindholdet toges gennem Incisioner i Tarmen under Operationen, fandtes kun 2 Bakteriarter i det ene og 1 i det andet Tilfälde. Den sidste var ikke virulent og Tarmindholdet virkede ikke toxisk efter Filtration gennem CHAMBERLANDs Filtre; det förste Tarmindhold indeholdt proteus og bacterium coli og virkede toxisk. Denne Virkning tilskrives proteus, da de til Kontrol prövede Tarmindhold, hvor bact. coli fandtes, ikke var giftigt efter Filtration. Ikke stagnerende Tarmindhold som indeholdt H_2S viste sig giftigt infiltreret, men derimod ikke efter Passage gennem Porcelänsfiltret, hvor sandsynligt Svovlvandstofgasen var oxyderet til Svovl og Vand.

J. Nicolaysen.

C. D. JOSEPHSON och ARTUR VESTBERG: **Om retroperitoneala fettsvulster.** Hygiea 1895, s. 396—472.

Af dessa tumörer, som mestadels gått under den mindre egentliga benämningen mesenteriallipom, meddelas en kasuistik omfattande 30 fall, däraf 27 samlade ur literaturen och 3 nya, ej förut beskrifna. Med stöd af detta material framställas dessa svulsters patologiska anatomi, etiologi, symptomatologi, diagnos och behandling.

Till sin byggnad äro de dels rena lipom, dels blandningsformer af lipom, oftast med myxom eller fibrom.

I ett fall ingick metastasbildande sarkom, i ett annat osteom. Diagnostiken sammanfattas sålunda:

»En buktumör, som utan tecken till malignitet nått betydlig storlek, som synes ligga retroperitonealt, som förskjuter groftarmen fullständigt från ena flanken (matt ton), som nästan eller fullständigt ger intryck af fluktuation, är sannolikt ett retroperitonealt lipom. Kännes tumören nära under bukväggen i lumbaltrakten, fjädrar någon del af den tillbaka, om den drages fram från bakre bukväggen, är tumören så godt som säkert retroperitoneal. Kännes den bestå af större lober, som erbjuda påfallande olika grader af konsistens och är någon del af den förkalkad, är den ganska säkert ett retroperitonealt lipom. Profpunktion är i sådant fall af mindre värde, profincision i högsta grad indicerad.»

Den synnerligen dåliga prognosen för det retroperitoneala lipomet, lemnadt åt sig själft, gör ett exstirpationsförsök fullt indiceradt.

Operationsresultatet hotas i synnerhet af faran för lesion af tarmen och faran för sepsis. Men i tid utförd, skall operationen i de flesta fall medföra ett godt resultat.

Vestberg.

M. SALIN: **Myxom i omentum majus med abscessbildning och perforation i colon transversum.** Hygiea 1895, Sv. läkaresällsk. förhandl., s. 153.

Pat., en 56-årig kvinna, hade iakttagit sitt lidande sedan ungef. ½ år. De symptom, hon vid undersökning företedde, gåfvo anledning till diagnosen sarkom i vänstra bakre rectus-skidan. Vid insnitt befans tumören emellertid vara en intraperitoneal sådan, samt adherent till främre bukväggen och colon transversum. Den exstirperades med resektion af omkr. 25 cm. af nämnda tarm. Tarmändarna förenades med MURPHYs knapp. Läkning p. p. Knappen afgick på 14:de dygnet. Patolog. anat. undersökning af den exstirperade tumören gaf det resultat, som titeln anger. *Rissler.*

G. HEINRICIUS: **Njurtuberkulos; nefrotomi; nefrektomi.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37. s. 527.

Öfversiktsartikel, i hvilken förf. behandlar de gängse åsikterna om njurtuberkulosens frekvens, symptomatologi och behandling. Hvad angår den sist nämnda uttalar förf. sig för en primär nefrektomi genom lumbalsnitt. Förf. inleder sin uppsats med anförandet af ett fall, en 37 år gammal kvinna, där han efter diagnos, pyonephrosis, gjorde ett enkelt

njursnitt, men då tillståndet ej förbättrades — pat. hade fortsättningsvis feber och stark sekretion ur fisteln — skred till exstirpation af den degenererade njuren. *Hj. von Bonsdorff.*

O. MICHAËLSSON: **Två fall af prostatahypertrofi behandlade med kastration.** Hygiea 1895. Sv. läkaresällsk. förhandl., s. 179.

Fall 1, 79 år. Urinbesvär sedan 6 månader. Residualurin = 500 kcm.; cystit, feber. Sköljningsbehandling resultatlös. Dubbel kastration d. 25 okt. 95. En ringa omedelbar förbättring blef ej bestående, hvadan d. 9 nov. epicystotomi måste företagas.

Fall 2, 71 år. Urinbesvär sedan några månader. Akut retention d. 19 okt. Tappning och sköljningar medförde förbättring, residualurinen dock ännu 600 kcm. D. 28 okt. dubbel kastration, hastig förbättring. D. 8 nov. residualurin 70 kcm.

Rissler.

F. BAUER: **Om coxa vara.** Hygiea 1895, s. 722.

Förf. redogör för 3 å Serafimerlasarettets kirurg. afd. iakttagna fall af ofvan nämnda sjukdom, samt gifver i anslutning därtill en öfversikt af literaturen i ämnet. *Rissler.*

HJ. VON BONSDORFF: **Bidrag till frågan om operativ behandling af invetereradt brott af lårbenshalsen.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 376.

En 54-årig kvinna hade ådragit sig en intraartikulär fraktur af lårbenshalsen, som fem månader efter fallet var fullkomligt fri och förorsakade henne vid gående svåra smärtor. Genom ett resektionssnitt enligt KOCHER öppnas höftleden, det i den samma belägna, fullständigt lössprängda ledhufvudet med en bit af halsen uttages, spetsen af trochanter major afrundas och inpassas i ledpannan. God läkning. Åtta månader efter operationen var förf. i tillfälle att återse pat. Hon gick då väl utan stöd, hade gått en ända till två kilometer lång väg, kunde, stående på det friska benet, aktift flektera den nybildade höftleden till rät vinkel, samt sträcka den rak. *Hj. von Bonsdorff.*

ANDERS WIDE: **Handbok i medicinsk gymnastik.** Förra delen med en titelplansch och 83 afbildningar i autotypi i texten, 148 s. 8:v. Stockholm, Nordin & Josephson 1895.

Den nu utkomna delen af ofvan nämnda arbete innehåller den medicinska gymnastikens teknik, beskrifning öfver de särskilda rörelserna och deras användningssätt. De vackra och upplysande afbildningarna illustrera på ett förträffligt sätt framställningen. För en närmare kännedom om arbetet, som tyckes fylla en lucka inom literaturen på detta område, hänvisas till originalet.

Edgren.

Psykiatri: T. NERANDER: Bidrag till kännedomen om de s. k. negationsidéerna. Psykiatrisk studie. — CHR. GEILL: Nogle Bemärkninger angående den moderne Sindssygebehandling. — GEORG SCHULDHEIS: Om vården och det rättsliga skyddet af sinnessjuke, en vidräkning med d:r ANTON NYSTRÖM.

T. NERANDER: **Bidrag till kännedomen om de s. k. negationsidéerna.** Psykiatrisk studie. Lund 1895. 63 s. 8:v.

Förf. skildrar till en början med stöd af äldre och nyare, hufvudsakligen franska författares åsikter de kliniska symptom, som benämnas negationsidéer, dels under förloppet af dementia paralytica, dels hos melankolien, hvarvid förf. anför tillsammans 9 fall ur sin egen erfarenhet från Lunds hospital.

Intressanta afvikelser från den COTARDska »syndromtypen», hvilka i flere af dessa fall iakttagits, komma härvid till en utredning, som i viss mon gifver ytterligare upplysningar om negationsidéernas patologi.

Slutligen ingår förf. äfven på frågan om systematiserade negationer vid sjukdomar, tillhörande paranoiagruppen, särskildt den s. k. fysikaliska paranoian. *E. Hjertström.*

CHR. GEILL: **Nogle Bemärkninger angående den moderne Sindssygebehandling.** Köbenhavn 1895. 95 Sider.

Forf. giver en kort Oversigt over de vigtigste Punkter i Sindssygeplejens Udvikling i Löbet af det sidste Århundrede og skildrer derefter den moderne Sindssygebehandling i Tilslutning til Besög, han har aflagt ved forskellige tyske Sindssygeanstalter. Sine Anskuelser om, i hvilket Spor Sindssygebehandlingen her hjemme rettest bör söges udviklet, samler han til sidst i fölgende Punkter:

1) En Forögelse af Opsynspersonalets Antal og en Forbedring af dets Kvalitet, som väsentlig må nås gennem en Lönningsforhöjelse, til Dels også ved at give det en virkelig Uddannelse, häve hele dets sociale Stilling, give det Pensionsret og måske Ret til efter visse Års tro Tjäneste at have sindssyge i Familjepleje.

2) Tilknytning af Landbrugskolonier til de bestående äldre Anstalter, eventuelt efter Udvidning af deres Jordtilliggende.

3) Omdannelse af de ved de rolige og arbejdsdygtige Patienters Udflytning til Kolonien indvundne Afdelinger til Vagtafdelinger.

4) En ved Vagtafdelingsbehandlingen betinget, sukcessiv Reduktion af Celleafdelingerne.

5) Den villaformede, koloniale Afdeling som Model for fremtidige Anstalter.

P. D. Koch.

GEORG SCHULDHEIS: **Om vården och det rättsliga skyddet af sinnessjuke, en vidräkning med d:r Anton Nyström.** Stockholm 1895. 48 s. 8:v.

Förf., hvilken som bekant eger flerårig erfarenhet som hospitalsläkare, har i detta sitt arbete egnat en ingående granskning åt en någon tid förut utkommen bok: Om sinnessjukdomar och hospitalsvård jämte antydningar om sinnessjukas rättsliga skydd af ANTON NYSTRÖM, Stockholm 1895.

Efter att hafva bemött d:r NYSTRÖMS klander af vår nu varande hospitalsstadga, berör förf. de af d:r N. under rubriken »onödiga och olagliga inspärrningar på hospital, gällande svenskar» anförda fallen. För en fullständig inblick i beskaffenheten af dessa fall erfordras, såsom förf. antyder, andra upplysningar än dem d:r N. lemnat, men förf. drager ur det tillgängliga materialet den slutsats, att *d:r N. icke uppvisat ett enda fall af en icke sinnessjuk persons inspärrande på hospital.*

Efter att hafva berört det kapitel i d:r NYSTRÖMS arbete, som är egnadt åt ett »kritiskt skärskådande af den psykiatriska forskningen», samt dennes åsikter om huru vården af sinnessjuke lämpligen bör ordnas och om sättet för hospitalsvård i vårt land, ger d:r S. sitt erkännande åt »en stor del af de principer och önskningsmål», som d:r NYSTRÖM i sin bok förfäktar, men framhåller äfven den »allmänna desorientering i ämnet, som d:r N. trots sin beläsenhet ådagalägger», de fel boken innehåller och den skada, den åstadkommit, samt slutar med att förklara den samma vara »ett ytterst ovederhäftigt arbete, i det närmaste värdelöst, betraktadt såsom en utredning af de förhållanden, som däri afhandlas».

E. Hjertström.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: R. BERGH: Bidrag til Kundskab om Betändelse af glandula vestibularis major (BARTHOLINI). — E. EHLERS: Spedalskhedsspörgsmålet med särligt Hensyn til Island. — E. EHLERS: Bemärkninger angående det islandske Spedalskhedsspörgsmål. — E. EHLERS: Rapport til Ministeriet for Island og Kultusministeriet om min anden Expedition til Island for at studere den spedalske Sygdom.

R. BERGH: **Bidrag til Kundskab om Betändelse af glandula vestibularis major (Bartholini).** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 913, 937. (Särtryk 28 Sider.)

Forf. leverer först en Udsigt over Udviklingen af Kendskabet til det vulvo-vaginale Kirtelapparat, afhandler dernäst sammes anatomiske Forhold hos sunde Individer og yder et Par Bidrag til Kundskaben om samme, samt omtaler dets fysiologiske Forhold. Särligt dväler han ved Palpationen af disse Glandler hos sunde Individer: hos 398 af 901 Individer kunde hverken Glandel eller Gang palperes. Lidelserne af dette Kirtelapparat have, således som särligt af Forf. udhävet, hoved-

sageligt deres Säde i Kirtelgangen, og samme ere i de allerfleste Tilfälde af gonorroisk, gonokokkisk Natur. Imidlertid forekommer der også simple katarralske vulvo-vaginale Affektioner, og Forf. refererer to Tilfälde af denne Art. I Fölge Forf. er denne näst efter Uretriten måske den hyppigste gonorroiske Affektion hos Kvinden, måske hyppigere end Cervikalkatarren, som desnden ofte ikke er af gonorroisk Natur. I Hospitalet var Forholdstallet til Uretriten som 1 : 7 eller 1 : 8. Med Hensyn til Hyppigheden af denne Lidelse på de to Legemssider har der for Forf. vist sig en hyppigere Liden af venstre Side (943 : 741). Gonokokkernes Forhold ved disse Lidelser og Spörgsmålet om Blandingsinfektionen omhandles närmere. Abscesdannelsen, som sädvanligt henlägges til Udförselsgangen, afhandles udförligere; sådan sås i 15,8—21,3 % af de vulvo-vaginale Affektioner; stinkende pus forekom i de 41—45,4 % af Abscesserne.

Dernäst omhandles de patologisk-anatomiske Forhold ved Bartholiniterne, og Forf. meddeler en herhen hörende lille Undersögelse. Imod foreliggende Angivelser udhäves Själdenheden af Svulst af Lyskeglandlerne: samme såes kun hos 13 af 1 251 og hos 18 af 733 Individer, kun hos to med Suppuration. Symptomatologien gennemgåes, Betydningslösheden af macula gonorrhoica udhäves; dernäst Diagnosen og Forlöbet; ved samme sidste omhandles Kysteudviklingen samt Gennembruddene til rectum og de vulvo-vaginale Affektioners Forhold til Rektalstrikturerne.

Slutteligt afhandles Prognosen for og Behandlingen af de vulvovaginale Affektioner.

R. Bergh.

E. EHLERS: **Spedalskhedsspörgsmålet med särligt Hensyn til Island.** Tidsskr. f. Sundhedspleje, R. 1, Bd 5, S. 1.

E. EHLERS: **Bemärkninger ang. det islandske Spedalskhedsspörgsmål.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1029.

Forf. omtaler det af Regeringen det islandske Alting tilstillede Lovforslag om de spedalske Patienters eventuelt tvangsmässige Isolation og om Opförelsen af et Isolationshospital; det blev forkastet af Altinget og et andet vedtaget, som af Forf. underkastes en skarp Kritik med tilhörende nye Forslag. *R. Bergh.*

E. EHLERS: **Rapport til Ministeriet for Island og Kultusministeriet om min anden Expedition til Island for at studere den spedalske Sygdom.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 997.

Forf. omtaler korteligt Expeditionens Udstyr og dens Rejserute. Resultatet af Rejsen var en Tilkommen af 18 nye Patienter, således at det samlede Antal af spedalske, som Forf. i disse to År har undersögt eller skaffet Oplysninger om, bliver 158; der er imidlertid Distrikter tilbage, som Forf. ikke har undersögt, og Forf. mener, at Antallet af spedalske på Island må anslåes til mindst 200. Forf. dväler atter ved Befolkningens slette Födemidler og de isär på Sönderlandet så slette Boliger med den deraf fölgende Samleven af sunde og syge Individer. Han udhäver atter Nödvendigheden af nogen Isolation og af Opret-

telsen af et mindre Hospital; og han har ladet et lille populärt Skrift om Spedalskhedspörgsmålet oversätte på Islandsk og uddele.

R. Bergh.

Obstetrik och gynekologi: TH. B. HANSEN: En literär Bemärkning om »Födsel ved forliggende bageste Isseben» o. s. v. — ENGSTRÖM: Fall af interstitielt tubarhafvandeskap. — BOIJE: Bidrag till endometritens etiologi och natur. — ENGSTRÖM: Öfvertaliga ovarier. — Diskussion inom Finska läkaresällskapet mellan hrr RUNEBERG, HEINRICIUS och ENGSTRÖM angående nödvändigheten af försiktighet vid företagande af gynekologiska operationer å nevrasteniska patienter.

TH. B. HANSEN: **En literär Bemärkning om "Födsel ved forliggende bageste Isseben" o. s. v.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 954.

Forf. påviser, hvorledes der i Tyskland er opstået en Tilböjelighed til at knytte nyere tyske Navne til gamle, velbekendte Iagttagelser og Indgreb. Med Hensyn til »Födsel ved forliggende bageste Isseben» hedder det, at LITZMANN er den, som först har beskrevet denne Stilling, og man får i det hele Indtrykket af, at det er en tysk Opdagelse af nyere datum. Dette er imidlertid en Fejltagelse; Stillingen beskrives med gode Sygehistorier i 3dje Bind af LACHAPELLEs »Pratique des accouchements» under Benävnelsen »position suspubienne» eller »obliquité postérieure» (du foetus et de l'utérus)». Det MAURICEAUske Håndgreb ved Fremdragning af sidstkommende Hoved benävnes det VEITske (eller det VEIT-SMELLIEske). Da en upartisk tysk Forfatter gjorde opmärksom herpå og foreslog, at Håndgrebet skulde benävnes efter MAURICEAU, afvistes Forslaget med den Motivering, — uagtet factum ikke kunde benägtes, — at MAURICEAUs Navne ikke var »eingebürgert» i Tyskland. En Afstemning af 21 tyske Universiteter gav det Resultat, at kun 4 af disse beholdt M:s Navn. Forf. nävner endnu et Exempel og söger kortelig at finde en Grund til dette literäre Fänomen. Det har dog sin Betydning at erindre, at, fordi et Indgreb eller en klinisk Iagttagelse i den obstetriciske Literatur sejler under tysk Flag, så er det derfor ikke givet, at det virkelig er tysk Fortjäneste, og andre Landes Videnskabsdyrkere og Literater have jo absolut ingen Grund til at adoptere de sekundäre tyske Navne og lade dem gå videre.

F. Nyrop.

ENGSTRÖM: **Fall af interstitielt tubarhafvandeskap.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, s. 599.

Förf. redogör för ett af honom opereradt fall: Pat., 25 år gammal, gift sedan 7 år, ett barn för 5 år sedan, dessförinnan ett missfall i tredje månaden; tre månader före operationen sista menses, tre veckor före operationen obetydlig blödning med litet smärtor i buken, sedan ständigt värk och de fem sista dagarna blodig flytning. Vid under-

sökning kändes en otydligt fluktuerande tumör till höger om uterus, hvari den öfvergår, cervix vid, blodigt sekret från uterus, sond 8,5 cm. Tumörens vertex midt mellan nafveln och symfysen. Diagnos: graviditas tubaria. Vid operarionen befans uterus förstorad, högra hornet långt utdraget, väggen tunn; vid incision syntes ägghinnor, ett dödt foster af 9 cm:s längd extraherades; vid undersökning genom vagina med sond och genom incisionsöppningen med fingret kunde en trång öppning till uterinhålan upptäckas. Uterinväggen hopsyddes med katgut i två etager. Läkningsförloppet ostördt. *Törngren.*

BOIJE: **Bidrag till endometritens etiologi och natur.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, s. 614.

Förf. har skaffat sig sekret och stycken af uterinslemhinnan från 30 patienter lidande af endometriter, som ansetts vara hvarken gonorroiska, septiska eller tuberkulösa, och undersökt detta material på mikroorganismer dels i kultur, dels i torrpreparat och snitt, samt fuunit bakterier af olika slag i de flesta af de fall, han rubricerat under diagnosen endometritis interstitialis och i ett fåtal fall af endometritis glandularis, och drager häraf den slutsats, att vid uppkomsten af »den interstitiela formen bakterier spela en väsentlig rol, men att för den glandulära formen andra etiologiska moment ligga till grund».

Törngren.

ENGSTRÖM: **Öfvertaliga ovarier.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, s. 667.

Förf. redogör för en del i literaturen förekommande fall af öfvertaliga ovarier och anser i likhet med många andra, att största delen af fallen äro att hänföra till sådana, där icke en ursprunglig anläggning af tre ovarier förekommit, utan att senare en delning af det ena ovariet uppstått antingen genom axelvridning eller genom tänjning eller genom inflammatoriska processer. Slutligen anför förf. ett fall, som han själf iakttagit, och som han anser kunna hänföras till dessa. Han fann nämligen vid en supravaginal amputation af uterus på en 53-årig multipara att vänstra ovariet var ofullständtgt delat i tvänne hälfter, förenade med hvarandra genom ett vridet mellanstycke, som vid mikroskopisk undersökning visar GRAAFska follikler.

Törngren.

Diskussion inom Finska läkaresällskapet mellan hrr Runeberg, Heinricius och Engström angående nödvändigheten af försiktighet vid företagande af gynekologiska operationer å nevrasteniska patienter. Finska läkaresällsk. handl., bd 37, s. 571.

R. Sievers.

Pediatrik: HIRSCHSPRUNG: Tilfälde af medfödt Tillukning af Spiseröret. — ROSING-HANSEN: Et Tilfälde af Cyanose og medfödt Hjärtefejl.

HIRSCHSPRUNG: **Tilfälde af medfödt Tillukning af Spiseröret.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1037.

Efter korte Bemärkninger om Tilfälde af den Natur, tidligere iagttagne og beskrevne af ham selv og andre, omtaler Forf. 2 senere iagttagne Tilfälde. De viste bägge de kendte Symptomer, Vanskelighed ved Synkningen og Opkastning, efter at et Par Mundfulde väre sunkne, og i bägge Tilfälde standsede en indfört elastisk Sonde omtr. 11 Cm. fra Käveranden; men i det ene Tilfälde iagttoges det säregne Forhold, at Barnet opkastede galdefarvet Vädske i rigelig Mängde, hvad kun vanskeligt kan forklares, når man ser hen til, at også i dette Tilfälde var det anatomiske Fund det sädvanlige, nemlig at den överste Del af œsophagus dannede en udvidet Blindsäk, der endte 3 Cm. fra nedre Rand af cart. thyreoidea, medens den nederste Ende var 6 Cm. lang og indmundede i Bifurkaturen af trachea med en til lumen svarende, glatrandet Åbning. Galdeblären vare påfaldende stor og indeholdt rigelig Galde. — I det andet Tilfälde manglede tillige Anusåbning, og Tyktarmen endte blindt med en tilspidset, rynket Ende bag fundus vesicæ. Desuden var höjre Nyre omdannet til en udspilet, tyndvägget Säk.

G. G. Stage.

ROSING-HANSEN: **Et Tilfälde af Cyanose og medfödt Hjärtefejl.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 977.

Efter korte Bemärkninger om den medfödte Cyanoses Symptomer og Årsagsforhold går Forf. over til at beskrive et sådant Tilfälde, iagttaget på den kgl. Födselsstiftelse. Barnet var fuldbåret og velskabt, men kendelig cyanotisk, hvilket hurtigt udbredte sig over hele Legemet; det trivedes ikke, var slapt, med lidende Udtryk; efterhånden udviklede sig kolbeformet Svulst af Fingrenes og Täernes yderste Led. Hjärtelydene fuldständig rene og regelmässige. Barnet döde 5 Måneder gammelt.

Sektionen viste fölgende Abnormiteter: Abnorm indbyrdes Stilling af de to arterielle Ostier; komplet Atresi af ostium pulmonale; Defekt i septum atriorum; Defekt i septum ventriculorum; åben ductus art. Botalli; Dilatation og Hypertrofi af hele Hjärtet; forskellige Anomalier ved Hjärteklapperne; abnorme Veneindmundinger i Forkamrene; Aortabuen var böjet over höjre bronchus med 4 Arterieudspring fra Konvexiteten.

Her forelå således et Exempel på den Abnormitet, at det Kar, som i sin videre Udvikling og i sit Forlöb fremtråder som aorta, udspringer fra Lungarteriens normale Plads, hvorimod det Kar, der fungerer som art. pulmonalis, udgår fra det Sted af Hjärtet, hvor ellers

aorta har sit normale Udspring, — en Misdannelse, der benävnes »Transposition af aorta og art. pulmonalis». Forf. knytter hertil Bemärkninger om de forskellige Teorier for Sygdommens Opståen. I Afhandlingen findes 2 Träsnit. *G. G. Stage.*

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: W. Laurén: Om inverkan af eter, alkohol och kloroform på pepsin. — M. Elfstrand: Systematisk öfversikt öfver officinela blad. — T. Delphin och E. Källström: »Anatomisk undersökning af birötterna hos Hydrastis canadensis L.» — M. Elfstrand: Brasilianska och paraguayiska droger, medicinal- och hushållsväxter, hemförda till Riksmuseum af lektor C. Lindman och doktor G. Malme. — A. F. R. Halk: Om Tannigenet. — Sophus Bang: Madeira som Kursted.

W. LAURÉN: **Om inverkan af eter, alkohol och kloroform på pepsin.** (Botaniska laboratoriet i Helsingfors.) Nordisk farmacevtisk tidskr. 1895, s. 401—407.

Förf., som förut studerat eterångors inverkan på groddplantors andning (akad. afhandl., Helsingfors 1891), har i sammanhang därmed, då enzym anses vara verksamma särskildt vid groningsprocessen, upptagit frågan om inverkan af eter, alkohol och kloroform på ett enzym, pepsinet och på dess ägghvitelösande förmåga. Alla tre gifterna fördröja enzymverkan — kloroform i några hundradels %, eter 0,5 % och alkohol i nära 2 % lösning. Inverkan af narcotica på å ena sidan de formade fermenten och å andra sidan enzymen uppgifves af föregående forskare något olika; enligt förf., som i denna punkt konstaterar ett par föregående forskares uppgifter, verka dessa gifter på pepsin i samma riktning som på alkoholjäsningens ferment (BOUCHARDAT).

C. G. Santesson.

M. ELFSTRAND: **Systematisk öfversikt öfver officinela blad.** Profföreläsning. Upsala läkareför. förhandl., ny följd, bd 1, s. 50—61.

Förf. genomgår de officinela och några andra farmakognostiskt intressanta blads morfologi och mikroskopiska anatomi samt uppställer på grundval af de påpekade karaktererna ett differentialdiagnostiskt schema öfver nämnda drogformer. *C. G. Santesson.*

T. DELPHIN och E. KÄLLSTRÖM: **"Anatomisk undersökning af birötterna hos Hydrastis canadensis L."** Nordisk farmacevtisk tidskr. 1895, s. 329—335 med 5 bilder i texten.

Författarne framhålla — efter en noggran beskrifning af birötternas mikroskopiska byggnad — såsom karakteristiskt för dessa, att de på tvärsnitt, lagda ej för nära rhizomet, visa en fyrkantig endodermisskida, som företer afbrott i vinklarna just utanför kärlgrupperna. Tvärsnittets gula färg samt reaktionerna med salpetersyra och svafvelsyra lemna äfven god ledning. *C. G. Santesson.*

M. ELFSTRAND: **Brasilianska och paraguayiska droger, medicinal- och hushållsväxter, hemförda till Riksmuseum af lektor C. Lindman och doktor G. Malme.** Upsala läkareför. förhandl., bd 30, s. 558—587.

De i denna afhandling beskrifna droger hemfördes af sist nämnda herrar, hvilka af Svenska vetenskapsakademien 1892 utsändts till Brasilien för botaniska studier, och som dels själfve insamlat, dels inköpt drogerna. Af dessa ha flere i hemlandet sedan länge haft dels medicinsk, dels annan användning. De flesta voro ej förut ordentligt beskrifna.

Förf. har underkastat materialet en noggran undersökning, så väl botaniskt som farmakognostiskt, makro- och mikroskopiskt samt mikrokemiskt.

Såsom särskildt intresseväckande må nämnas: »*Duoradinha*», bladen af Palicourea rigida *H. B. K.* (Rubiaceæ), från Mattto Grosso, brukade i form af té såsom diuretiskt och diaforetiskt medel vid hydrops och syfilis; skall äfven besitta digitalisverkan på hjärtat. »*Balsame de Cabriuva*» från Rio Grande do Sul, spritlösning af balsam från ett träd, som uppgifvits vara Myrocarpus frondosus. *Fr. Allem.*, en trädartad leguminos. Balsamen lär fås genom destillation af bark och sågspån. Preparatet, en lättflytande, rödbrun, välluktande vätska, användes att stilla blödning ur friska sår. Äfven har angifvits, att Cabriuvabalsam vore välgörande vid svår hosta och lungblödning, samt att det skulle vara »ett antisepticum af första klassen, användbart vid lesioner i respirationsapparaten». — Vidare hafva undersökts: tre prof »*Jaborandi*»; »*Casita*» — frukterna af Sapindus Saponaria L., som innehålla en saponinsubstans; »*Tayuya*», vedartad stam och rhizom, samt ett prof af s. k. »*Sarsaparilha*», båda från samma okända moderväxt; »*Cupai*», baljorna af Copaifera Martii HAYNE; »*Fedegosa para café*», frön af Cassia occidentalis L., kaffesurrogat, hållande bl. a. krysofansyra; »*Cha de Frade*», bladbärande grenar af buskväxten Casearia lingua CHAMB. (Samydaceæ) — dekokt på bladen, brukad vid inflammatoriska sjukdomar samt maligna febrar — o. s. v. Fortsättning är att vänta.

C. G. Santesson.

A. F. R. HALK: **Om Tannigenet.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 989.

H. har på St. Josephs Hospital forsøgt Tannigen i Doser på 50 Centigrammer 3—4 Gange daglig som Pulver, udrört med lidt koldt Vand. Han fraråder at give det i varme Vädsker, da det heri klumper sammen og smager ubehageligt astringerende. Det virker godt og hurtigt både ved akut og kronisk Intestinalkatarr. Det synes ikke at påvirke Ventriklen (Madlysten) og tages gärne af Patienterne. Ved kronisk Tarmkatarr og tuberkulös Diarré virker det hurtigt; men Virkningen ophörer med Seponeringen af Midlet.

Chr. Gram.

SOPHUS BANG: **Madeira som Kursted.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 6, S. 447.

Forf., der har opholdt sig 8 Måneder på Madeira, giver en skarp Kritik af Forholdene, idet han vel indrömmer, at Temperaturen kun

er underkastet meget små Svingninger, men som mindre heldigt fremhäver Luftens store Fugtighed, de hyppige Regnskyl, den stärke og omskiftende Bläst og navnlig Öens fuldständige Mangel på almindelige hygiejniske Foranstaltninger og särlig på Ftisikere beregnede Forhold; karakteristisk i så Henseende er, at der trods Blästen og Regnen ingen Steds fandtes noget Lä, i hvilket Patienterne kunde ligge eller färdes ude uden at udsättes for at gennembläses eller blive våde.

F. Levison.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, historik, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: JUL. PETERSEN: EDWARD JENNER og Vakcinationen. — GEILL: Om Kursus for Embedsläger og Oprettelsen af en Fysikatsexamen. — Flytningen af det kgl. Frederiks Hospital, Födselsstiftelsen og de lägevidenskabelige Institutioner. — E. M. HOFF: Dr. GEILL om de färöske Embedsläger. — GEILL: De färöske Embedsläger. — RÖRDAM: Om Distriktslägeembedernes Besättelse. — E. M. HOFF: Färöske Embedsläger. — JOH. MÖLLER: Den civile Medicinallovgivning i Kongeriget Danmark. — Den almindelige danske Lägeforenings 23de Möde. — E. M. HOFF og J. CARLSEN: Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1893. — BENCKE: Supplement til min Afhandling: Om de hygiejniske og sanitäre Forhold i Hvidovre Sogn. — NILS ENGLUND: Desinfektionsåtgärder på landsbygden. — NILS ENGLUND: Om formaldehyden. — A. P. WESTERBERG: Beskrifning öfver nya lasarettet i Falköping. — THURE HELLSTRÖM: Om diagnosticerandet af difteri.

JUL. PETERSEN: **Edward Jenner og Vakcinationen.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 885.

Et Foredrag, der blev holdt for Herrer og Damer ved den almindelige danske Lägeforenings Möde i Köbenhavn i Avgust 1895, og hvori Vakcinationens Betydning og JENNERs Virksomhed derfor fremstilles.

Jul. Petersen.

GEILL: **Om Kursus for Embedsläger og Oprettelsen af en Fysikatsexamen.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 909.

Forf. tager Ordet for en särlig Fysikatsexamen med forudgående praktisk Uddannelse i Retsmedicin og Hygiejne, obligatorisk for alle civile Embedsläger. Samtidig med denne Reform burde foretages en Reduktion af Embedslägernes Antal og deres Stilling forbedres ved höjere Lönning. Studietidens Varighed anslås til ét År. Som forberedende Skridt anbefales Kursus for Embedsläger.

Ax. Ulrik.

Flytningen af det Kgl. Frederiks Hospital, Födselsstiftelsen og de lägevidenskabelige Institutioner. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1082.

De slette hygiejniske Forhold i det nuvärende Frederiks Hospital beskrives, og som Illustration hertil nävnes, at der i de sidste 10 År

er *opstået* 93 Tilfälde af tyfoid Feber på Hospitalet. Dernäst gives en Oversigt over Flyttesagens Historie, som begyndte med Nedsättelsen af en kgl. Kommission i 1881. *Ax. Ulrik.*

E. M. HOFF: **Dr. Geill om de färöske Embedslåger.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 856.

GEILL: **De färöske Embedslåger.** S. St., S. 876.

RÖRDAM: **Om Distriktslägeembedernes Besättelse.** S. St., S. 877.

E. M. HOFF: **Färöske Embedslåger.** S. St., S. 894.

Polemik om de färöske Embedslägers Adkomster ved Embedsbesättelser i det övrige Danmark. *Ax. Ulrik.*

JOH. MÖLLER: **Den civile Medicinallovgivning i Kongeriget Danmark.** 5te Bind. Köbenhavn 1895. 738 Sider.

Med dette Bind, som omfatter Perioden 1880—89, er Värket, som udgaves med Stötte af »den almindelige danske Lägeforening», sluttet, idet det kgl. Sundhedskollegium har overtaget Udgivelsen af Fortsättelsen fra 1890 efter samme Plan. *Ax. Ulrik.*

Den almindelige danske Lägeforenings 28de Möde. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 847.

Mödet afholdtes d. 29 og 30 Avgust 1895 i Köbenhavn. Deltagernes Antal var 337, hvoraf 175 fra Köbenhavn. I Fölge Formandens Meddelelse talte Foreningen ved Udgangen af 1894 837 Medlemmer i 17 Kredsforeninger. Et Foredrag af SAUGMAN »om Forholdsregler mod Tuberkulose og särlig om Sanatorer for brystsyge» vandt Forsamlingens Tilslutning; der valgtes 3 Medlemmer til at träde sammen med den Kreds af Läger, som forbereder Oprettelsen ef et Sanatorium. Forsamlingen udtalte sig end videre for, at det burde pålägges de praktiserende Läger at anmälde de Tilfälde af Lungesvindsot, som komme under deres Behandling, og at Medicinalavtoriteterne ad Lovgivningsvejen bör träffe Foranstaltninger mod Tuberkulosens Udbredelse, samt for gratis Desinfektion for ubemidlede ved denne Sygdom; endelig nedsattes et Udvalg til at udarbejde en populär Redegörelse om Tuberkulosens Årsagsforhold, Symptomer og Smittefarlighed. — Et Foredrag af GEILL »Om Kursus for Embedsläger og Oprettelsen af en Fysikatsexamen» förte til Vedtagelse af en Resolution om Önskeligheden af de nävnte Foranstaltninger. Til Mödested for näste Möde valgtes Fredericia. *Ax. Ulrik.*

E. M. HOFF og J. CARLSEN: **Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1893.** Köbenhavn 1895. 240 Sider.

Folkemängde 2 217 052; Födselskvotient 30,4, varierende mellem 27,5 i Fyns Fysikat og 35,8 i Ringköbing Fysikat; Dödelighedskvotient 19,0, varierende mellem 16,3 i Bornholms Fysikat og 20,3 i Köbenhavn; dödfödte 1 763 = 2,5 % af samtlige födte; Antallet af

uägte födte varierede mellem 2,9 % i Ribe Fysikat og 21,9 % i København.

Sundhedstilstanden synes at have väret relativ god i Löbet af 1893; ingen större Epidemier af Betydning optrådte. Af *exantematisk Tyfus* viste sig i Köbenhavn i Februar—Marts en lille Epidemi, i alt 43 Tilfälde, med 4 Dödsfald (alle voxne Mänd). *Tyfoid Feber* omtrent som det foregående Ar, 3 623 Tilfälde; af *cerebrospinal meningitis* anmäldtes 127 Tilfälde. Af *Difteri* anmäldtes et noget större Antal end i 1892, nemlig 21 595 (mod 18 219), dog uden väsentlig Tilväxt i Dödelighed; *Krup* 2 100 Tilfälde (mod 1 680 i 1892); af *scarlatina* anmäldtes 8 041 Tilfälde, det höjeste årlige Tal i det sidste Decennium, *morbilli* 8 794 Tilfälde; *tussis convulsiva* 10 695 Tilfälde; *febr. puerperalis* 727 Tilfälde; *Kolerine og akut Intestinalkatarr* 40 119 Tilfälde. Foruden Oversigten over de epidemiske Sygdommes Opträden og Dödelighed indeholder »Medicinalberetningen» Beretning om Vakcinationen i 1893 (43 717 Börn vakcinerede ved offentlig Vakcination), sammendragen Mortalitetstabel for samtlige Landets Byer; skematiske Uddrag af Jordemoderprotokollerne, indeholdende Oplysninger om 58 343 Födsler udenfor Köbenhavn, Generaltabel, oplysende de närmere Forhold ved 1 763 Dödfödsler, tabellarisk Oversigt over samtlige Provinssygehuses Virksomhed, Meddelelser om den offentlige Sundhedspleje, Personalefterretninger, Beretninger fra Fåröerne og Bilandene (Island, Grönland, Vestindien). Under et Slutningsafsnit, »särlige Beretninger», findes Meddelelser om sociale og hygiejniske Forhold i det sydvestlige Jylland af Distriktsläge, Dr. med. BRUUN (Esbjerg), Distriktsläge JENSEN (Fanö) og pr. Läge PHILIPSEN (Egnen om Ølgod).

E. M. Hoff.

BEHNCKE: **Supplement til min Afhandling: Om de hygiejniske og sanitäre Forhold i Hvidovre Sogn.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 925.

Rettelser og Tilföjelser til den nävnte Afhandling.

Ax. Ulrik.

NILS ENGLUND: **Desinfektionsåtgärder på landsbygden.** Eira 1895, s. 575 & 611.

Förf. genomgår kritiskt alla desinfektionsmedel, som kunna anses passande att användas å landsbygden, utmönstrar en hel del och förordar andra, särskildt formaldehyd. Näsa mun och svalg skall ock desinficeras med sozojodol eller jodtriklorid. Sjuksköterskor och desinfektörer skola anställas af kommunerna, de förra skola besörja isolering och desinfektion under sjukdom; sedan sjukdomen upphört skall desinfektion ske af manlig desinfektör. Kommunerna skola tillhandahålla desinfektionsmedel. I Fjellsjö distrikt har förf. lyckats införa ej så litet af dessa förslag. *E. Almquist.*

NILS ENGLUND: **Om formaldehyden.** Stockholm 1895, 45 s. 8:v.

Arbetet redogör för de många arbeten, som på senaste år utförts öfver detta nya desinfektionsmedel, och för de experimentela under-

sökningar, som förf. själf utfört i Stockholm å hygieniska institutionen. Förf. undersökte medlets verkan vid afdunstning ur skål med och utan upphettning, vid spräförsök, vid formogenlampor af flere slag, vid afdunstning ur lakan.

Lamporna gåfvo blott ringa utbyte, afdunstningen likaså, däreet icke klorkalcium tillsattes. ½ kgm klorkalcium och en liter 40 % formalin bilda en lösning, ur hvilken aldehyden fullständigt afdunstar och ger den kraftigaste desinfektionsverkan. Doppas däri lakan, så räcker ett lakan på 2 m² till ett rum på 8 m³; för hvar m³-rum räknas 60 till 70 cm³ vätska. På detta sätt kunna hela rum eller lådor med smittade kläder göras smittofria.

Medels sprä erhöls ock utmärkt resultat. Tapeter, kläder m. m. besprutas med 2 % formalinlösning. Ytorna måste fullständigt utsättas för vätskans inverkan. 60 till 70 cm³ åtgå för hvar m²-yta. För ögonen måste desinfektören ha skyddsbrillor, för munnen en mask med 2 lager bomull. Händerna ingnidas med vaselin. Metoden är den billigaste.

Inverkan bör alltid få pågå ett dygn.

E. Almquist.

A. P. WESTERBERG: **Beskrifning öfver nya lasarettet i Falköping.** Upsala läkareför. förh., ny följd, bd 1, s. 30.

Förf. redogör för tillkomsten af ett sjukhus i Falköping och för det nu uppförda sjukhuset, som ritats af arkitekt R. L. Linqvist och i uppförande med tomt kostat 350,000 kr. Sjukhuset kan för närvarande rymma 113 sjuka. Plan och rum åskådliggöras å 5 taflor.

E. Almquist.

THURE HELLSTRÖM: **Om diagnosticerandet af difteri.** Hygiea 1895, II, s. 240.

På Stockholms nya epidemisjukhus har i stor skala tillämpats de metoder för difterins igenkännande som grunda sig på LÖFFLERS, ROUX' och YERSINS arbeten. 1,881 personer ha insändts som misstänkta för difteri, af dessa befunnos 69 % vara behäftade med difteri, under det att 31 % blott ledo af angina. De sist nämnda hemskickades snarast möjligt; i hemmen uppstod aldrig difteri efter dessas hemkomst. Förf. särskiljer de korta, tjocka, ofta parallelt ordnade stafvar, som stundom fås i kulturer från beläggningar. Fallen förlöpa hastigt och lätt. Förlamningar inträda ej, och stafvarna försvinna hastigt ur svalget. Blott 3 patienter ha varit intagna för difteri tvänne gånger på längre mellantider.

Krupfallen hafva i de flesta fall visat difteristafvar, i några få fall funnos blott kokker. De sist nämnda fallen förlöpte lyckligt, ehuru några behöfde opereras. 17 gånger har krup iakttagits i skarlakansfeberns sista skeden, alla utom 1 voro af difteritisk natur, 15 opererades, blott 5 öfvergingo till hälsa. 31 fall af messling har intagits, där komplikation med krup förelåg, de voro alla utom en af difteritisk natur, blott 3 tillfrisknade.

664 fall af skarlakansfeber ha undersökts, blott 13 fall eller 2 % visade LÖFFLERs staf. De sist nämnda ledo altså af två smittor.

En mängd iakttagelser öfver smittohärdens förlopp meddelas. Förf. har ständigt hållit öga på dessa. Vi kunna hoppas, att härigenom snart nog difterins smittningssätt blir belyst på ett helt annat sätt, än hvad som förut kunnat göras.

Värdet af bakteriologisk diagnostik vid difterin framhålles skarpt.

E. Almquist.

Berättelser från sjukvårdsanstalter: Beretning om det kgl. Frederiks Hospital samt den kgl. Födsels- og Plejestiftelse for Året 1894—95. — H. W. AF SCHULTÉN: Årsberättelse för år 1893 från kirurgiska sjukhuset i Helsingfors. — Tiårs Beretning om Polikliniken i København for Ubemidlede 1884—1894. — Beretning om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter i 1894. — De Kellerske Åndssvageanstalter 1 April 1894 til 1 April 1895. — 36te Beretning om Åndssvageanstalten på Gl. Bakkehus og Ebberödgård for Året 1 April 1894 til 31 Marts 1895. — 32te Beretning om den danske Diakonissestiftelses Virksomhed, omfattende Tidsrummet 1 Jan. til 31 Dec. 1894.

Beretning om det kgl. Frederiks Hospital samt den kgl. Födsels- og Plejestiftelse for Året 1894—95. København 1895. 135 Sider.

Frederiks Hospital. Sängeantal 364. Den 1 April 1894 fandtes i Hospitalet 318 syge, i Årets Löb tilkom 2 464, udskreves 2 194, döde 249, fandtes tilbage ved Årets Slutning (31 Marts 1895) 339. — Samlede Antal Forplejningsdage 114 513; störst Belägning den 12 Marts 1895: 366, lavest den 24 Juli 1894: 230. — Med. Afd. A: [1]) 716 Patienter, 86 döde. — Med. Afd. B: 751 Patienter, 94 döde. — Kirurg. Afd. C: 855 Patienter, 55 döde; 494 Operationer med 43 Dödsfald; 206 Kloroformnarkoser, 208 Kloroform-Äternarkoser, 4 Äternarkoser. — Kirurg. Afd. D: 499 Patienter, 20 döde; 367 Operationer med 6 döde; 3 Kloroformnarkoser, 208 Äternarkoser. — På Hospitalets Konsulationsstue behandledes 4 928 Patienter.

Födsels- og Plejestiftelsen. I Årets Löb indkom 1 687 Kvinder, af hvilke 50 udgik uden at föde. 696 behandledes i Stiftelsens egne Lokaler, 1 032 i Filialerne, desuden i selvvalgte Lokaler 9. I Fölge Overakkuchörens Beretning (der angår Kalenderåret 1894) födte i dette År 1 634 (19 Tvillingfödsler); 1 588 Börn vare levendefödte, 65 dödfödte. Af de födte vare 1 232 fuldbårne, 421 ufuldbårne. — Der forekom 144 Tilfälde af Puerperalfeber; den puerperale Morbilitet var noget under 9 %. Der indtraf 3 Dödsfald af Barselfeber, så at den egentlige puerperale Mortalitet bliver omtr. 1,8 pro mille.

Ax. Ulrik.

---

[1]) De fölgende Lägeberetninger gälde Kalenderåret 1894.

H. W. AF SCHULTÉN: **Årsberättelse för år 1893 från kirurgiska sjukhuset i Helsingfors.** Helsingfors 1895.

År 1893 hafva 969 patienter blifvit behandlade på kliniken. Enligt samma princip, som följts i tidigare årsberättelser, är materialet ordnadt efter kroppsregioner. Dödsfallens antal var 81, hvaraf 64 hos opererade patienter; af dessa dogo 15 i tuberkulos, 9 i svulstmetastaser och marasm, 3 i hjärnskador (komplicerade brott af kraniets ben, som underkastats operation), 2 i meningit, den ena efter ligatur af carotis communis, 7 i akuta lungåkommor, 3 i blödning, däraf en hemofil o. s. v. 1,336 operationer, af dem 341 på polikliniken, hafva utförts. Polikliniken har besökts af 5,473 patienter med 17,786 konsultationer. *Hj. von Bonsdorff.*

Tiårs Beretning om Polikliniken i Köbenhavn for Ubemidlede 1884—1894. Köbenhavn 1895.

Institutionen åbnedes den 15 Nov. 1884. I de 10 År er i alt behandlet 140 625 Patienter og givet 4 til 500 000 Konsultationer. I Poliklinikens Undervisningskursus har der i Årenes Löb varet indtegnet over 1 500 Deltagere, navnlig medicinske studerende, men også praktiserende Läger. I 1888 bevilgede Rigsdagen et Tilskud af 1 500 Kroner årlig, som i 1893 forhöjedes til 3 000 Kroner årlig, samtidig med, at der i Overbestyrelsen optoges to Medlemmer af det medicinske Fakultet.

I 1894 har Polikliniken haft rigelig Tilgang af Bidragydere. Det vedtoges fra 1 Jan. 1895 at antage 7 ulönnede Lägeassistenter med en Ansättelsestid af 6 Måneder. — Patientantallet var i 1894 14 597. Af disse behandledes 2 307 for medicinske Sygdomme, 1 838 for kirurgiske Sygdomme, 2 750 for Öre-, Hals- og Näsesygdomme, 1 676 for Öjensygdomme, 1 428 for Hudsygdomme, 1 730 for Börnsygdomme, 1 884 for Tandsygdomme, 305 for Kvindesygdomme. 602 for Nervesygdomme og 77 for ortopädiske Sygdomme (4 718 Mänd, 5 307 Kvinder, 4 572 Börn). Foreläsninger og Övelser afholdtes som sädvanlig. *Ax. Ulrik.*

Beretning om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter i 1894. Köbenhavn 1895. 77 Sider.

St. Hans Hospital for sindssyge (Overläge ROHMELL).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 1 010, ved dets Slutning 1 006. Der indkom 239, afgik 243, behandledes i alt 1 249. Sygdomsformen ved Indläggelsen var Melankoli hos 63, Mani hos 39, Forrykthed hos 39, Slövsind hos 90, Idioti hos 8. Af disse led samtidig 36 af fremskridende Parese, 8 af Epilepsi. Blandt Årsager opföres Puberteten hos 12, Alderdom hos 12, Influenza hos 8, Udskejelser hos 6, Drik hos 34, Syfilis hos 24, Fattigdom hos 12, andre Sorger hos 16, arveligt Anläg hos 79. Desuden opföres de andre sädvanlige Årsager hver med nogle enkelte Tilfälde. Ubekendt var Årsagen hos 16. Anstalten har anskaffet et lille Trykkeri, hvorved

en Del Typografer ere beskäftigede. Sundhedstilstanden har väret god. Som Resultater af Behandlingen angives, at 53 ere helbredede, 48 bedrede, 13 uhelbredede, 34 döde af de afgåede. Forsögsvis er en uddannet Sygeplejerske ansat på en Sygestue for Mänd, som behandles med längere Tids Sängeleje, og Resultatet har väret meget opmuntrende. En Epidemibygning for hele Hospitalet med 12 Pladser og en ny Strömbadeanstalt for Mänd er taget i Brug i Årets Löb.

Sindssygeanstalten ved Vordingborg (Overläge HELWEG).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 454, ved dets Slutning 484, der indkom 120, afgik 90, behandledes i alt 574. Af dem, der sögte Optagelse, have 32 % (53 af 173) ikke kunnet optages af Pladsmangel; dog ere alle friske Tilfälde strax blevne optagne, idet Pladserne for sådanne ere blevne en Del forögede. Sygdomsformen ved Indläggelsen var Mani hos 42, Melankoli hos 52, Vanvid hos 17, Slövsind hos 4; ikke sindssyge vare 3; for 2 Patienters Vedkommende er Diagnosen uafgjort. Af disse led samtidig 3 af generel Parese og 2 af Epilepsi. Blandt Årsager opföres arvet Disposition hos 84, Disposition efter tidligere Anfald hos 13, Misbrug af Alkohol hos 5, puerperium hos 5, contusio capitis hos 5, influenza hos 6, Overansträngelse hos 5, Grämmelse hos 7, ubekendt hos 13. Sundhedstilstanden har väret god, särlig er der en betydelig Nedgang i Dödsfald af Tuberkulose (0,85 % mod 2,38 % af den samlede Belägning forrige År). Behandlingens Resultater have väret, at 41 ere helbredede, 21 bedrede, 12 uhelbredede, 14 döde; 2 af de afgåede vare ikke sindssyge.

Sindssygeanstalten ved Middelfart (Overläge LANGE).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 406, ved dets Slutning 412; der indkom 111, afgik 105, behandledes i alt 517. Sygdomsformen ved Indläggelsen var Mani hos 38, Melankoli hos 54, Forrykthed hos 3, Slövsind hos 16. Af disse led samtidig 3 af progr. Parese og 1 af Epilepsi. Benyttes også »Forvirringen» som Diagnose, falder der på denne 33, og der bliver da af Mani 22, af Melankoli 37. Blandt Årsagerne kan nävnes arvelig Disposition af forskellig Art hos 88, Pubertetsudviklingen hos 14, Sväkkelse ved mange Födsler hos 8, Drik hos 8, Influenza hos 13, Masturbation hos 7, tidligere Anfald af Sindssygdom hos 7, religiös Påvirkning hos 9. Behandlingens Resultat hos de afgåede viser 50 helbredede, 25 bedrede, 11 uhelbredede, 19 döde.

Sindssygeanstalten ved Århus (Overläge HOLM).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 550, ved dets Slutning 547; der indkom 134, afgik 137, behandledes i alt 684. Af dem, der sögte om Optagelse, have 10 helbredelige måttet vänte ud over Årets Udgang, 67 uhelbredelige ere afviste. Sygdomsformen ved Indläggelsen var Mani hos 43, Melankoli hos 53, Vanvid hos 5, Forrykthed hos 20, Slövsind hos 10; ikke sindssyge vare 3. Af disse led samtidig 6 af progr. Parese, 1 af Epilepsi. Blandt de opförte

Årsager kan nävnes Influenza hos 6, Drik hos 8, religiös Påvirkning hos 12, Disposition efter tidligere Anfald hos 45, arvet Disposition hos 102. Som Behandlingsresultater ved Afgangen opföres: 46 helbredede, 24 bedrede, 22 uhelbredede, 17 döde, 1 ikke sindssyg.

Sindssygeanstalten i Viborg (Overläge HALLAGER).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 340, ved dets Slutning 340; der indkom 9, döde 8, afgik som bedret 1. Sygdomsformen ved Indläggelsen var Melankoli hos 1, Vanvid hos 1, Forrykthed hos 3, Slövsind hos 4, af hvilke sidste 1 tillige havde progr. Parese. Sundhedstilstanden har väret god.

P. D. Koch.

De Kellerske Åndssvageanstalter 1 April 1894 til 1 April 1895. København 1895.

De tidligere en privat Person tilhörende Anstalter gå fra 1 Okt. 1895 over til at danne en selvständig Stiftelse under Statens Tilsyn, ledet af en Direktion, som består af en ansvarlig Forstander og to af Ministeriet valgte Medlemmer, et skolekyndigt og et lägekyndigt. Stiftelsen begynder med en Formue af 162 000 Kr., som er tilfalden den som Gave ved en af den afdöde Forstander JOH. KELLERs Enke truffen Ordning. — I Anstalterne optoges i Årets Löb 87 åndssvage, udskreves 52, afgik ved Döden 17. Den samlede Belägning var ved Årets Begyndelse 551, ved dets Slutning 571. En Del Ansögere have måttet afvises af Mangel på Plads. *Ax. Ulrik.*

36te Beretning om Åndssvageanstalten på Gl. Bakkehus og Ebberödgård for Året 1 April 1894 til 31 Marts 1895. København 1895.

Af Alumnerne på Gl. Bakkehus udmäldtes 18. afgik ved Döden 7, overflyttedes til Ebberödgård 12; derimod optoges 38 nye Alumner. Alumnernes Antal var ved Årets Begyndelse 195, ved dets Slutning 196, af hvilke 183 vare Skoleelever. — På Ebberödgårdanstalten indkom 90 nye Alumner, deraf 12 fra Gl. Bakkehus; i Årets Löb döde 24 og udtoges 13. Det samlede Antal var ved Årets Begyndelse 331, ved dets Slutning 384, hvilke vare således fordelte: 100 i Arbejdshjemmet for Mänd, 78 i Arbejdshjemmet for Kvinder, 70 i Plejehjemmet for Mänd, 69 i Plejehjemmet for Kvinder, 67 i Plejehjemmet for Börn. *Ax. Ulrik.*

32te Beretning om den danske Diakonissestiftelses Virksomhed, omfattende Tidsrummet 1 Jan. til 31 Dec. 1894. København 1895.

I Stiftelsens Hospital overlå fra forrige År 46, indkom i Årets Löb 514 (deraf 406 Kvinder); af disse udskreves 466, döde 39 og overlå til näste År 55. Sygedagenes Antal var 24 455, den daglige Middelbelägning 67,79. Der optrådte ikke Tilfälde af Hospitalssygdomme i Årets Löb. På Overläge PAULLIs Afdeling behandledes 405 Patienter; der foretoges 121 Operationer, 4 döde. På Prof. Ho-

WITZ's Afdeling behandledes 100 Patienter; der foretoges 25 mindre gynäkologiske Operationer og 26 Laparotomier; 6 döde. I Polikliniken behandledes 2 268 Patienter. *Ax. Ulrik.*

Militär hälsovård: EDW. EDHOLM: JAROMIR MUNDY. — EDW. EDHOLM: ROBERT SCHULTZ. — EDW. EDHOLM: Några anteckningar om Gustaf II Adolf. — EDW. EDHOLM: Återblick på Svenska militärläkareföreningens 20-åriga verksamhet 1875—1895. — CARL LENSBURG: Några undersökningar öfver den s. k. transitoriska albuminurins prognos. — GORDON NORRIE: Undersögelse af värnepligtiges Syn. — EDW. EDHOLM: Om belysning af slagfält efter strid. — B.: En Cyklebåre. — JOHAN KIER: Garnisonssygehuset i Köbenhavn. — HANS DAAE: Lidt om udenlandske Kaserneforhold. — FRITZ NETZLER: XI. medicinska kongressen i Rom 1894. — GUSTAF MODIGH: Utdrag ur reseberättelse från Österrike, Italien och Tyskland. — CARL ROSSANDER: Om medicinens och särskildt militärmedicinens utveckling och ställning i Indien. — EDW. EDHOLM: Från kriget mellan Japan och Kina.

EDW. EDHOLM: **Jaromir Mundy.** Tidskr. i militär hälsovård 1894, s. 356.

Denne framstående militärläkare och en af humanitetens främste förkämpar afled d. 23 augusti 1894. Hans lefnadsöden äro mycket skiftande, och han föll för sin egen hand. Först bestämd för kyrkan blef han dock sedermera officer, men egnade sig snart nog åt läkareyrket, först åt psykiatriska studier, sedan åt hygieniska, hvars målsman han blef i sitt hemland, samt slutligen sedan 1866 såsom militärläkare, hvarutinnan han utmärkte sig för den rastlöshet, som han i alt hvad han företog sig energiskt utvecklade.

I så godt som alla följande krig deltog han såsom sådan samt öfver hufvud i alla humanitetssträfvanden.

Hans personlighet var i hög grad egendomlig. Wienerpubikens gunstling hade han blifvit, särskildt genom sin verksamhet efter Ringteaterns brand, då han grundlade »Wiener freiwillige Rettungsgesellschaft», som sedan i barmhertighetens tjänst uträttat så mycket godt.

E. A. Thomæus.

EDW. EDHOLM: **Robert Schultz.** Tidskr. i militär hälsovård 1895, s. 23.

Fördelningsläkaren vid 5:te arméfördelningen d:r PER ROBERT SCHULTZ afled d. 24 dec. 1894; med honom förlorade svenska militärläkarekorpsen en af sina mest framstående medlemmar. Uti en nekrolog öfver honom genomgås hans släktgenealogi och hans familjeförhållanden samt följes hans befordringar steg för steg, tils han 1894 blef fördelningsläkare.

Sitt nit och intresse såsom militärläkare bevisade han äfven å krigsteatern under dansk-tyska kriget år 1864. Han tog liflig del i militärläkareföreningens verksamhet, har tjänstgjort såsom hygieniek inspektör och har såsom sådan företagit en mängd resor. Han var dessutom

stadsläkare i Upsala samt har om stadens sanitära utveckling inlagt stora förtjänster. Han ådagalade god förmåga såsom skriftställare och var ovanligt begåfvad. På honom och hans verksamhet kan för öfrigt tillämpas den gamla satsen: »suaviter in modo, fortiter in re».

E. A. Thomæus.

EDW. EDHOLM: **Några anteckningar om Gustaf II Adolf.** Tidskr. i mil. hälsovård 1895, s. 14.

Några spridda drag finnas här sammanförda om konungens person, om de skottsår och andra skador, som drabbat honom i fält samt några korta anteckningar om läkarevetenskapens ställning i Sverge under hans tid och om de läkare, som stodo honom närmast.

Han var af en sund kroppskonstitution, men var besvärad af en ej obetydlig närsynthet samt på senare åren af korpulens. Af de märkligare kroppsskador, som träffade honom genom fiendehand, anföres en från Danzig, hvarvid kulan »gick in i högra sidan under de korta refbenen på buken». En från Dirschau, där en muskötkula gick genom halsen öfver nyckelbenet och stannade mellan axeln och skulderbladsmusklerna. Efter denna blessyr hade konungen svårt att bära harnesk. Slutligen relateras mera utförligt de skador, som vid Lützen föranledde hans död samt iakttagelserna vid den därefter företagna liköppningen.

Under denna konungs tid tillsattes de första medicine professorer vid universiteten i Upsala och Dorpath. Från utlandet togos hufvudsakligen hans egen och familjens lifmedici, äfvenså de fältskärer och läkare som fungerade vid armén; endast trenne voro svenskar. Gustaf Adolf har för öfrigt gifvet det första uppslaget till den medicinska undervisningens ordnande. *E. A. Thomæus.*

EDW. EDHOLM: **Återblick på Svenska militärläkareföreningens 20-åriga verksamhet 1875—1895.** Tidskr. i militär hälsovård 1895, s. 193.

Denna återblick utgöres af en kortfattad öfversikt af föreningens hufvudsakliga verksamhet under de gångna 20 åren. Till följd af de stora krigen i Amerika, Tyskland och Frankrike, hade det militära sanitetsväsendet vunnit en betydlig utveckling och ådragit sig större uppmärksamhet än någonsin förut, och detta med afseende på alla dess olika grenar. Detta förhållande åstadkom äfven väckelsen till bildandet af militärläkareföreningen härstädes sommaren 1875. År efter år hafva sedermera på olika tider af sommaren och på olika platser inom fäderneslandet årsmöten hållits, hvilkas förhandlingar och föredrag uti denna återblick omnämnas, samt framhålles därjämte de resultat i lagstiftningsväg, som framgått ur de initiativ som gifvits vid dessa möten till väckande af flere organisationsfrågor. I samband härmed lemnas uppgifter om företeelserna inom det militära sanitetsväsendet i Sverige under samma tidsskede. *E. A. Thomæus.*

CARL FLENSBURG: **Några undersökningar öfver den s. k. transitoriska albuminurins prognos.** Tidskr. i mil. hälsovård 1894, s. 339.

Efter redogörelse för denna frågas nu varande ståndpunkt i allmänhet samt af några undersökningsserier, som af förf. blifvit företagna, uttalar han sin uppfattning af den transitoriska albuminurins prognos. Efter alla tecken att döma kan denna ställas fullt god för sådana personer, hos hvilka ägghvita endast som ett rent undantagsfall kan i urinen påvisas. Personerna i fråga måste dock hälst underkastas en utförlig undersökningsserie. Skulle benägenhet till ett oftare upprepande af albuminuri visa sig, anser förf. det rättast att — hvad militärtjänst angår — tils vidare kassera.

E. A. Thomæus.

GORDON NORRIE: **Undersögelse af värnepligtiges Syn.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1003, 1017.

Omtaler Undersögelsen af Synsstyrke og Refraktion, de Krav, der stilles til värnepligtiges Öjne i disse Henseender, samt Undersögelsen på Simulation. *J. Bjerrum.*

EDW. EDHOLM: **Om belysning af slagfält efter strid.** Tidskr. i militär hälsovård 1894, s. 311.

Användning af elektricitet till belysning af slagfält föreskrifver sig ej längre tillbaka än till slutet af 1870-talet.

BILLROTH var den förste, som fäste uppmärksamhet härvid, därefter hufvudsakligen MUNDY i Wien, som vidtog försök i stor skala, hvilka åter föranledde offentliga diskussioner, där lifliga sympatier uttalades för den samma, dock från militär sida ej utan opposition. Med de nu varande hjälpmedlen, lyktor stundom facklor, har lång tid ofta erfordrats efter större drabbningar för att fullständigt evakuera ett slagfält från sårade; detta redan innan repetergevär och röksvagt krut kommit till användande, hvilka betydligt förökat mängden af hjälpbehöfvande och sålunda äfven stegrat behofvet af underlättande hjälpmedel. Det elektriska belysningssättet har, trots inkasten mot dess användning, hvilka anföras och vederläggas i uppsatsen, visat sig för ändamålet lämpligt. Belysningsapparaterna bestå af ackumulatorer på smärre och lättare fordon, framkomliga på stridsfältet.

E. A. Thomæus.

B.: **En Cyklebåre.** Militärlägen, Årg. 3, S. 258.

Beskrivelse af et af Korpsläge VOGELIUS konstrueret Apparat, bestående af 2 Cykler, der ere opstillede ved Siden af hinanden i en Afstand af omtrent 3 Fod og forbundne ved 2 Tvärstänger af Stål, hvorpå en Sygebåre kan anbringes. 2 Cyklister ville således kunne transportere en syg eller såret i meget kortere Tid end på en Hjulbåre eller en Bärebåre (der angives i henholdsvis $\frac{1}{3}$ og $\frac{1}{6}$ af Tiden).

Joh. Möller.

JOHAN KIER: **Garnisonssygehuset i København.** En historisk Studie. Militärlägen, Årg. 3, S. 12, 94, 167, 247.

Garnisonssygehuset eller — som det oprindelig kaldtes — Garnisonshospitalet i Köbenhavn indrettedes 1818 i nogle alt bestående Bygninger, af hvilke den äldste — det nuvärende Officerslasaret — var opfört 1668 som et kemisk Laboratorium for den italienske Guldmager Borro. Hospitalet var i den förste Tid egentlig et Konglomerat af 11 små selvständige Afdelinger, bestemte til Optagelse af de syge fra hvert af de 11 Regimenter og Korps, der da garnisonerede i Köbenhavn, og hvis Läger dels förte Lägetilsynet hver med sin Troppeafdeling, dels behandlede sine syge på Hospitalet, når de indlagdes der. Ved Arméorganisationen af 1842 forandredes dette Forhold, idet Garnisonshospitalet deltes i 3 Afdelinger, til hvilke de forskellige Troppeafdelingers syge fordeltes; hver Hospitalsafdeling havde en Overläge og 2 Underläger; Overlägen havde i Begyndelsen tillige Tjäneste ved en Troppeafdeling; först fra 1854 fritoges han definitivt derfor. Fra dets Oprettelse i 1818 bestyredes Garnisonshospitalet af en Direktion, bestående af Kommandanten over Köbenhavns Fästning, en Oberst af Garnisonen og Stabskirurgen (den davärende Betegnelse for det militäre Sundhedsväsens Chef); i 1861 aflöstes denne Direktion af en anden, bestående af Hospitalets Inspektör og en Overläge.

Fra 1867 optog Garnisonshospitalet, der hidtil kun havde modtaget syge fra Hären, også Marinens syge Mandskaber, og det for disse tidligere bestemte »Söetatens Hospital» blev nu knyttet til Garnisonshospitalet som et Reservehospital, fra 1888 väsentlig benyttet som Epidemihospital, skönt det ved sin Beliggenhed og Indretning kun er lidet skikket dertil, om der end ved forskellige Bygningsforanstaltninger m. m. i de seneste År er opnået flere väsentlige Forbedringer.

Härloven af 1867 medförte ingen betydelige Forandringer for Garnisonshospitalet, som nu fik Navnet »Garnisonssygehus»; den vigtigste var Oprettelsen af Sundhedstroppernes Korps, bestående af värnepligtigt Mandskab, först Militärarbejdere, nu Kombattanter, hvoraf der årlig indkaldes 120 i 4 lige store Hold til Uddannelse og Tjäneste som Sygepassere ved Landets samtlige Garnisonssygehuse. — En väsentlig Forandring i Sygehusets Ordning skete ved de »organisatoriske Bestemmelser for Härens Sundhedsväsen» af 1886, der i flere Henseender gave det militäre Sundhedsväsen en större Selvständighed; Sygehusets tidligere Direktion aflöstes af en Läge som Chef for Sygehuset, hvem dettes Inspektör (en Intendant af Forplejningskorpset) underordnedes; Sanitetsmateriellet og Sundhedstropperne (Sygepasserne), der hidtil havde stået under Forplejningskorpset, henlagdes under Lägekorpset, hvis Chef også blev Sundhedstroppernes Chef. Sygehusets 3 Afdelinger, der herefter bleve kaldte Servicer, vedbleve at bestå, hver under sin Chef, der alene underordnedes Sygehuschefen. Desuden oprettedes i 1888 2 Klinikker, en for Öre-, Näse- og Svälgsygdomme og en for Öjensygdomme, og i 1891 en Klinik for Hudsygdomme og veneriske Sygdomme; samtlige Klinikker bestemtes tillige for poliklinisk Behandling af syge fra hele Köbenhavns Garnison og fra Sövärnet. I 1891 indrettedes et bakteriologisk Laboratorium, bestemt til kliniske

og hygiejniske Undersögelser, ikke alene for Sygehuset, men også for Garnisonens Afdelinger, samt for samtlige Garnisoner uden for København.

Forf. meddeler end videre Uddrag af de til forskellige Tider udgåede reglementariske Bestemmelser for Garnisonssygehuset, en Oversigt over de navnlig i de senere År talrige Bygningsforandringer, hvorved der er tilsträbt at give de gamle Sygehusbygninger en så tidssvarende Indretning som muligt og udstyre dem i Overensstemmelse med Nutidens Fordringer (med hensigtsmässige Badeindretninger, Desinfektionsovn, Operationsstue m. m.), samt en Oversigt over Sygebevägelsen i Sygehuset i 1884—93. *Joh. Möller.*

HANS DAAE: **Lidt om udenlandske Kaserneforhold.** Militärlägen, Årg. 3, S. 233.

Forf., der er norsk Sanitetskaptejn og har beskäftiget sig meget med Spörgsmålet om Oprettelse af Kaserner i Norge, hvor der er stärk Trang til sådanne, og hvor Begyndelsen er gjort til Afhjälpning af denne Trang, meddeler sine Iagttagelser fra en Rejse i flere evropäiske Lande, som han har foretaget for at studere Kaserneforholdene. Han omtaler udförligt det store Kasernekomplex Albertstadt ved Dresden, hvilket han betragter som et Mönster på hygiejnisk vel indrettede Kaserner, fremdeles en hollandsk Kaserne, nemlig Artillerikasernen i Utrecht, med dens i flere Henseender ejendommelige Forhold, og udtaler sig med Anerkendelse om de nye Kaserner i Sverig og Danmark, i det han henviser til de (for Danmarks Vedkommende i »Militärlägen») meddelte Beskrivelser af disse Kaserner. *Joh. Möller.*

FRITZ NETZLER: **XI. medicinska kongressen i Rom 1894.** Tidskr. i mil. hälsovård 1894. s. 325.

Förf. skildrar sin resa och sin ankomst till Rom.

Kongressen öppnades d. 29 mars. Programmet för militär-medicinska sektionen utgjorde 6 hygieniska och militär-kirurgiska frågor, som blifvit uppstälda af den verkställande komiten. Härtill voro omkring 60 meddelanden anmälda af så väl italienska som utländska kongressmedlemmar. Sammankomsterna voro fem till antalet. Förf. genomgår kortfattadt frågornas behandling, bland hvilka förekommo följande: Om förekommande af tuberkulos inom armén; om de mest praktiska medlen att förebygga smittosamma sjukdomar ombord å krigsfartyg; om de nya eldvapnens verkningar; om likformighet i de olika ländernas militära statistik; om ljumskbråck inom armén; om de modifikationer vid organisationen af sjuktransporttjänsten och de sårades första hjälp, som böra vid kommande krig iakttagas med anledning af de nya eldvapnen; om sår förorsakade af de nya eldvapnen och dessa sårs behandling å slagfältet.

Förf. demonstrerade svenska arméns nyantagna operationsbord för fältbruk, som var utstäldt af Max Stille, hvarefter han öfverlemnade det samma såsom skänk från de svenska militärläkarne.

Slutligen anför han i korthet de fester, hvartill utländningarna af denna sektion voro inbjudna af italienske militärläkare och officerare.

E. A. Thomæus.

GUSTAF MODIGH: **Utdrag ur reseberättelse från Österrike, Italien och Tyskland.** Tidskr. i militär hälsovård 1895, s. 213.

Provianteringen vid österrikiska armén utgör första föremålet för denna berättelse. Därefter inberättas om kasernernas och sjötruppernas beskaffenhet i Pola, Österrikes örlogshamn. Planen för ett nytt epidemisjukhus, som därstädes höll på att byggas, omförmäles, samt österrikiska flottans särskilda bestämmelser vid desinfektion ombord å fartyg så väl den preventiva som vid utbrott af infektionssjukdomar.

Från Venedig beskrifves militärsjukhuset St. Chiare samt slutligen sjukvårdsinrättningarna vid marinstationen i Kiel.

E. A. Thomæus.

CARL ROSSANDER: **Om medicinens och särskildt militärmedicinens utveckling och ställning i Indien.** Tidskr. i mil. hälsovård 1895, s. 1.

Förf. framlägger resultatet af sina iakttagelser rörande särskildt militärmedicinens utveckling och ställning i det Anglo-indiska väldet. De äro gjorda vid ett besök å platsen förlidet år. Efter en mera allmän öfverblick öfver det underbara landets kultur och historia företager han det egentliga ämnet och visar medicinens skiftande öden i sammanhang med landets olika politiska perioder. Från medlet af förra seklet till medlet af innevarande var man, hvad medicinen angår, uteslutande hänvisad till militärläkare. Civila läkare från England äro ännu i dag ej många. Efter 1850 ändrade sig dock förhållandet; medicinska skolor inrättades, äfven rent inhemska sådana. För anställning i indiska regeringens tjänst måste man alltid ingå i indiska militärläkarekorpsen. Detta system fasthålles, enär det för regeringen kan vara af vikt att hafva läkarekorpsen i sin hand.

Effektiva armén utgör omkr. 250,000 man. I den engelska hären finnes 352 läkare, i den rent inhemska hären 634, summa för hela armén 986 läkare. Flertalet af dessa hafva äfven anställning såsom civile läkare. Truppernas hälsotillstånd är i allmänhet icke det bästa.

E. A. Thomæus.

EDW. EDHOLM: **Från kriget mellan Japan och Kina.** Tidskr. i militär hälsovård 1895, s. 240.

Japans sanitetsväsende och därmed sammanhängande förhållanden utgör föremålet för denna uppsats. År 1889 infördes en allmän värnplikt; armén eger 14 olika utbildningsskolor, däribland äfven en akademi för militärläkare.

Sanitetsväsendet är organiseradt efter tyskt mönster. Vid fältarmén finnas 180 militärläkare, förutom Röda korsets.

Från alla håll uppgifves, att under det sist förflutna kriget mot Kina de japanesiska fält- och reservsjukhusen varit utmärkta. Förbands-

platserna och de flyttande sjukhusen synas äfven förträffligt hafva motsvarat sitt ändamål.

Röda korset spelar i Japan en ganska betydande rol.

Af alt synes, att det japanesiska sanitetsväsendet, i skarp motsats till det kinesiska, varit utmärkt ordnadt.

E. A. Thomæus.



Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

Compte-rendu du traité N° 1

publié au

Tome XXVIII.

O. MEDIN: **Sur la paralysie infantile, spécialement à sa période aiguë.**

L'auteur a observé deux épidémies de paralysie infantile dans cette ville, l'une en 1887 et l'autre en 1895. Les observations ont porté en 1887 sur 43 cas et en 1895 sur 21. Les années 1888—1894 ont fourni à la clinique pédiatrique une moyenne annuelle de 7 cas, répartis sur les divers mois de l'année, sans indice d'extension épidémique. Mr MEDIN a donné au Congrès médical international de Berlin en 1890 le compte-rendu de l'épidémie de 1887. Les découvertes caractéristiques qu'il avait faites pendant cette épidémie se sont pleinement constatées en 1895. Si les cas n'ont pas été aussi nombreux cette dernière année qu'en 1887, la maladie n'en a pas moins offert une tendance épidémique évidente, et cela à la même saison de l'année, savoir aux mois de juillet, août et septembre. Dans l'épidémie de 1887, Mr MEDIN observa 2 cas léthaux à la période aiguë, mais aucun dans celle de 1895. Il constata aussi peu cette dernière année qu'en 1887 de cause déterminante de l'épidémie dans les circonstances extérieures. Ces deux années, la température était normale, il ne régnait aucune autre maladie prédominante, et l'arrièreété de 1887 avait surtout présenté à Stockholm des conditions sanitaires particulièrement favorables.

La maladie paraît continuer à frapper des enfants auparavant sains. Mr MEDIN considère comme parfaitement accidentelles de petites affections dont quelques enfants souffraient au moment où ils furent atteints. L'étiologie est encore couverte d'un voile épais. Des observations importantes sont celles concernant l'extension variable de la maladie dans le système nerveux, ainsi que la variabilité non moins grande de la localisation, principalement à la période aiguë. La plupart des cas observés par Mr MEDIN ont eu le caractère de la paralysie infantile spinale commune, ce qui s'applique aux deux tiers environ de tous les cas traités tant en 1887 qu'en 1895. L'auteur a cependant constaté aussi divers cas de polynévrite, soit du type paralytique ordinaire, soit avec symptômes d'ataxie marquée. Il s'est également présenté quelques cas d'hémiplégie spastique et de poliencéphalite aiguë.

Mr MEDIN prétend comme indisputable que ces cas appartiennent à la même maladie. Quelle que soit la forme, il arrive, quoique assez rarement, que les noyaux du bulbe et du pont sont atteints dans les cas de paralysie infantile. Le tableau synoptique qui suit, donne une bonne idée de ces formes mixtes du type clinique et de la localisation différente dans les divers cas.

Tableau des cas de paralysie infantile observés par Mr MEDIN dans les années 1887 et 1895.

Paralysia spinal. lumbal. simplex	32
» » cervicalis	5
» » completa	4
» » lumbalis + n. abducent. (28, 35)	2
» » » + n. oculomotor. (40)	1
» » completa + facialis (23)	1
» » » + facialis + oculomotor. (10)	1
» » lumbal. + facialis + polyneuritis (11)	1
» » completa + n. vagi + polyneurit. (47)	1
» » + paralysia bulbi completa (cas léthaux) (22, 34)	2
Monoplegia facialis (8, 24, 41)	3
Polyneuritis acuta simplex (6)	1
» cum ataxia (19, 33, 54)	3
» cum ataxia + paralysia facialis (26)	1
» cum ataxia + paralysia nn. obducent. et hypogloss. (16)	1
Poliencephalitis acuta (55, 57)	2
» » + paralysia n- abducent. (13, 44)	2
» » + polyneuritis + paralysia nn. facial., hypogloss. et accessor. (56)	1
Total	64.

L'étiologie est la même pour tous les cas, quelles que soient les variations des phénomènes morbides et les localisations dans le système nerveux.

En 1887, deux cas léthaux se produisirent dans la période aiguë, et devinrent l'objet d'une autopsie dont les résultats furent décrits en détail, avec un résumé des observations microscopiques, par Mr RISSLER. — Voir à ce sujet un mémoire antérieur, au Tome 20, N:o 22, des présentes Archives.

Stockholm, 1896. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. N:r 6.

Om spasmodisk torticollis, särligt om dens Behandling med Operation på nervus accessorius Willisii.

I Anledning af 2 Tilfälde, behandlede med Sträkning og Excision af nervus accessorius Willisii, m. m.[1])

Af

OSCAR BLOCH,

Overkirurg ved det Kgl. Frederiks Hospitals Afd. C. i Köbenhavn.

Den forholdsvis själdne Sygdom, der almindeligt benävnes spasmodisk torticollis, er vel let nok at diagnosticere i al Almindelighed; ser man en Patient med denne Sygdom og har man blot en dunkel Erindring om, at der er noget, der kaldes »spasmodisk torticollis», er man ikke et Öjeblik i Tvivl om, at man står lige over for et Tilfälde af denne Art; men ser man to Tilfälde og betragter dem nöjere, er man forbavset over, hvor lidt de ligne hinanden, — og läser man Beretningen om andre Tilfälde, kommer man snart på det rene med, at der näppe er to Tilfälde, der ere helt identiske.

Da jeg havde observeret de to Tilfälde, der nedenfor gengives in extenso, og behandlet dem med Sträkning og påfölgende Excision af et Stykke af nervus accessorius Willisii, fik jeg Lyst til at samle de på samme eller tilnärmelsesvis samme Måde behandlede Tilfälde, der ere offentliggjorte i Literaturen, og sammenligne dem indbyrdes, närmest for at se, om der egentligt er Mening i at foretage denne Operation. Det er Resultatet af dette Arbejde, jeg skal meddele her, — men jeg må

[1]) Meddelt i Uddrag ved det medicinske Selskabs Möde i Köbenhavn den 22 Oktober 1895.

på Forhånd göre Läseren opmärksom på, at Udbyttet af Arbejdet ikke er stort. De ofte meget mangelfulde Beskrivelser af det kliniske Billede, Mangel af Sektioner eller andre Holdepunkter for Sygdommens Patogenese og patologiske Anatomi, og, ikke mindst, Bevidstheden om at beväge mig på et Område, hvor man må have langt flere Kundskaber og langt större personlig Erfaring end den, jeg er i Besiddelse af, for at kunne dömme sobert om Spörgsmålene, ere lige så mange Grunde til, at Indholdet af min Artikel er magert og måske kun kan betragtes som et Forstudie, til Gavn for andre Forskere.

Jeg skal begynde med at meddele de to af mig behandlede Tilfälde:

I. M. Graff, ugift Blikkenslagersvend, 22 År. Indl. den 31 Januar 1895.

Der synes ikke at väre nogen nevropatisk Disposition i Patientens Familje. Han har som Barn haft morbilli, ellers har han väret rask. Han mener altid at have haft nogen Besvär med at bruge h. Hånd til at skrive; men först *fra 12 Års Alderen* har han lagt Märke til *lette Spasmer i höjre Overextremitet. Omtrent på samme Tid, — han kan dog ikke bestemt angive om det var, för oven nävnte tremor opstod, — skal han have fået et Slag i Baghovedet*, der bevirkede et vulnus; der var dog ingen Bevidstlöshed eller cerebrale Symptomer i umiddelbar Tilslutning dertil. Den *nävnte tremor* generede ham ikke videre *för i de 2 sidste År, da den er bleven så stärk*, at den hindrer ham i at foretage finere Arbejde med höjre Hånd, så at han har vännet sig til at skrive med venstre Hånd, som han også bruger mest, når han spiser; til sit sädvanlige Arbejde har han brugt höjre Hånd. Tremor träder isär frem, når han har Opmärksomheden henledt derpå, eller når han véd, at andre lägge Märke dertil, derfor isär når han kom på et nyt Värksted, hvor de andre lagde Märke til det. Bevägeligheden af Extremiteten har altid väret god. Der har ikke väret Smerte eller Parästesier.

I 15 Års Alderen skal han have haft en akut inflammatorisk Lidelse af h. humerus när cubitus, rimeligvis i Tilslutning til et panaritium; der incideredes og udtömtes pus, ingen Benstykker.

I *Januar 1894* deltog han i *Slukningsarbejdet* ved en Ildebrand og blev ved denne Lejlighed noget medtagen af Rögen. De *fölgende Dage* bemärkede han nogle *krampagtige Träkninger i Pandehuden og i Öjenbrynene, samt stärkt Tåreflod.* Dette forsvandt efter et Par Dages Forlöb; men i *Marts samme År optrådte lignende Tilfälde uden påviselig Grund. Krampen trådte isär frem, når han så lige ud på en bestemt Genstand.* Han rådspurgte en Läge, som erklärede, at Tilstanden kunde blive meget farlig, hvis han ikke kom under Behandling. Han rejste da til Köbenhavn og indlagde sig d. $^{13}/_{4}$ på Kommunehospitalets 6te Afdeling. Han behandledes her med Doucher,

Vibration, Sinapismer, epith. tepid. colli, Bromkalium, Morfiuinjektioner i store Doser, Kloral. Han led meget af Sövnlöshed under denne Behandling. De nävnte Morfininjektioner blev isär gjorte på v. Side af Halsen. Han bemärkede da talrige små Furunkler i Halsregionen, hvad han ikke för havde haft.

Der optrådte 14 Dage för Indläggelsen på Kommunehosp. *kloniske Kramper i Halsmuskulaturen*, der närmede Tilhäftningspunkterne af v. m. sterno-cleido-mast. til hinanden og roterede Hovedet med Ansigtet til höjre. Der var *nogen Smerte* ved Musklens Tilhäftning ved proc. mast., der lindredes, når Pat. stöttede dette Parti med sin Hånd. Da der dannede sig en varig skäv Stilling af Hovedet, anlagdes en immobiliserende Gibsbandage, der dog 12 Dage efter atter fjärnedes, da den generede Pat. Ved Oftalmoskopi fandtes intet abnormt. De *kloniske Kramper i Panderegionen havde tabt sig ved Pat:s Udskrivelse d.* $^{17}/_{6}$ 94; derimod optrådte de beskrevne Kramper i Halsmuskulaturen med stor Hyppighed (ved hvert 3dje Skridt), og den skäve Stilling af Hovedet blev mere og mere udtalt. Han bemärkede nogle lidt ömme Knuder i Sideregionen af Halsen, han mener selv i selve Substansen af m. sterno-cleido-mast. Han behandledes nu i Randers med Massage, hvorefter Knuderne svandt. Han lavede sig först selv en *Bandage*, fik senere af en Bandagist en Bandage, der stöttede Hovedet ved Hjälp af Stålfjedre.

I November Måned foretoges en *Tenotomi* på tendo af m. sternocleido-mast. med påfölgende Brug af Bandage. Stillingen korrigeredes da noget. Siden da har han til Indläggelsen her d. $^{31}/_{1}$ 95 brugt Bandage. Der har under hele Forlöbet ikke väret subjektive febrilia, Almenbefindendet har väret godt, Appetit god, ingen stärkere udstrålende Smerter, ingen Lammelser eller Parästesier. Han indlägges her for yderligere at få Stillingen af Hovedet rettet.

Pat. ses nu i god Ernäringstilstand, kraftig bygget; han holder Hovedet skävt böjet mod v. Skulder med Ansigtet roteret til h. — Truncus holdes ligeledes skävt, i det venstre Skulder står betydelig höjere end höjre. Denne Skävhed kan dog udrettes, når Pat. yderligere böjer Hovedet mod v. Skulder. Columna danner en dobbelt Skoliose, der i Halsdelen og överste Del af Brystet er konkav mod venstre, i nederste Bryst- og Lumbaldelen konkav til höjre. *Scapula står höjest på den syge Side.* Der ses ingen prominerende proc. spinosi, der er ingen Steder Ömhed for Tryk. Proc. transversus af atlas föles stärkt prominerende på höjre Side. — Forpå ses på venstre Side m. sterno-cleido-mast. og forreste Rand af cucullaris stärkt fremträdende. Huden over m. sterno-cleido-mast. af naturlig Farve, forskydelig mod Musklen, uden Cikatricer; Musklen föles af naturlig Tykkelse, noget spändt; der föles ingen fastere Partier i den, ingen Glandelsvulster i Närheden, Randen af m. cucullaris föles spändt. På Halsen, isär på Hårgränsen, ses en Del Furunkler. Mellem Hovederne af m. sterno-cleido-mast. ses en omtr. 3 Cm. lang, röd, ikke i Dybden adhärent Cikatrice; det sternale Hoved af Musklen föles som en tynd Sträng, tyndere end på höjre Side, det klavikuläre Hoved föles som normalt. Bevägeligheden af Hovedet er i höj Grad indskränket i alle

Retninger. Bevägelser, hvorved Tilhäftningspunkterne af m. st.-cl.-m. närmes hinanden, kunne udföres uden Smerter; ved Bevägelser, hvorved de fjärnes, f. Ex. ved at rette Hovedet op eller rotere til venstre, föles Smerter, der särlig lokaliseres til Musklens Tilhäftning samt også til selve Muskelbugen. Passive Bevägelser kunne udföres i noget större Udsträkning. Der er ingensteds Ömhed for Tryk. *I Närheden af sin. semicircularis sup. på venstre Side ses en lille Cikatrice, omtrent 1 Cm. lang.* — Der ses intet abnormt i fauces. Der ses ingen Atrofi af Muskulaturen på *höjre Arm.* Kraften ved Håndtryk og ved Bevägelser mod en Modstand er ikke nedsat. Der synes ikke at väre nogen Fölelsesanomalier. — Den *omtalte tremor* er meget ringe, når Pat. ligger rolig, dens Exkursioner ere temmelig store og *forstärkes når Pat. skal närme Hånden til et bestemt Punkt.* Fra Indsiden af biceps skråt nedad mod cond. int. humeri ses en omtr. 6 Cm. lang, hvidlig, ikke adhärent Cikatrice.

Ellers intet abnormt ved Extremiteterne. Brystorganernes Stetoskopi normal. P. 68. Temp. $\frac{37,4}{36,7}$. Urin normal.

Der ordineredes Ispose på columna.
Permanent Vägtextension på Hovedet om Natten,
hvorved man ved Hjälp af 6 ℔:s Vägt söger at udöve Träk til Korrektion af den skäve Stilling. Tillige
Bromkalium i stigende Doser til omtrent 2 Gm 3 Gange dagl.
Temperaturen var stedse normal og Funktionerne i Orden.

Denne Behandling hjalp ikke.

D. 22 Februar foretoges Operation
i Kloroform-Äternarkose. Der ses ingen aparte Forhold under Narkosen; han ligger roligt med Hovedet; noget af Deviationen kan häves; men fuld Korrektion er ikke mulig ved den anvendte Håndkraft. Sternocleido föles stadigt som en stärkt spändt Sträng.

En omtr. 6 Cm. lang Incision langs forreste Rand af sterno-cl.-m. begynder ved proc. mastoideus og ender i Höjde med angulus maxillæ. Under påfaldende stärk Blödning incideres gennem det subkutane Väv. Narkosen er nu lidt urolig, så at man opsätter Operationens Fortsättelse nogen Tid. Platysma er så stärkt udviklet og Blödningen så generende, at man for hvert Skridt med Kniven må påsätte Péanske Pincetter og i det hele har vanskeligt ved at orientere sig. Også små svulne Glandler genere og må fjärnes. Det lykkes dog omsider, da forreste Rand af sterno-cleido-mastoideus er trukken bagtil, at se skinnende gennem Fascien en skråt forlöbende Sträng, der fattes med en Péan og ved Dissektion viser sig at gå ind i Muskulaturen af sternocleido; ved at träkke i den får man også Virkning på cucullaris. Denne Nerves Forgreninger dissekeres nu noget i perifer Retning; man fatter dem med en Péan nedenfor det tidligere fattede Sted og träkker ret stärkt i perifer Retning, i alt 5 Gange. Derpå sträkkes, men svagt, i central Retning. Den centrale Ende gennemklippes, derpå den perifere; i alt excideres et Stykke af 2½ Cm:s Längde. Der er indtil nu

medgået 25 Minutter. Der lägges 3 Ligaturer med Karbolalkoholkatgut; da der vedbliver en Del venös Blödning, tamponeres med Jodoformgaze i nederste Vinkel; tillige indlägges et Drän. 5 Katgutsuturer. Steril Gaze-Karbolvands-Vat-Forbinding.

För Forbindingen er anlagt, kan man rette Deviationen helt; han er nästen vågen; der er nogen Rysten af bägge Over- og Underextremiteter. Ingen Dyspnö eller andre Tegn på laryngeale eller Hjärteforstyrrelser. Han placeres i Rygleje med Hovedet lavt, stöttet af Sandpuder. Om Aftenen anlagdes

Vägtextension.

D. $^{23}/_{2}$. Man kan med Lethed dreje hans Hoved lige; men han kan det ikke selv.

Om det videre Forlöb noteres her i Resumé, at Temperaturen kun Aftenen efter Operationen var 38,3, ellers normal. Der viste sig ikke Symptomer, der kunde henföres til Abnormiteter fra nerv. accessorius' eller vagus' Side. Dränagen fjärnedes efter 2 Dögns Forlöb; Såret var helet per primam den 14de Dag.

3dje Dag efter Operationen kunde han, om end med Besvär, sätte sig over Ende med Hovedet ganske lige. Der kom ikke Fornemmelser af Spasmer. 5te Dag var han et Par Timer oppe, 6te Dag, og fremdeles, hele Dagen; om Natten benyttedes Vägtextension. Der observeredes 9de og 10de Dag de ovenfor omtalte Träkninger i höjre Overextremitet; disse tabte sig senere; der var jävn Fremgang i hans Ävne til at holde Hovedet lige, uden at han behövede at anstränge sig derfor, og uden at der kom Småryk. Vägtextensionen om Natten seponeredes 23de Dag efter Operationen.

Der viste sig de fölgende Dage, når han ikke gjorde sig Umage, Tendens til, at Hovedet med et Ryk lagde sig ned mod Skulderen. Man kunde dog d. 23de Marts, d. e. 1 Måned efter Operationen, tage et Fotografi, der viser, at han sidder helt lige.

Man kan ikke konstatere Atrofi af sterno-cleido-mastoideus eller cucullaris; Sensibiliteten af Huden over dem er også uskadt; derimod er der Anästesi af et kronestort Parti foran Operationscikatricen, fra forreste Rand af sterno-cleido-mastoideus til henimod angulus maxillæ.

Med Råd om at väre agtpågivende udskrives han d. 23 Marts.

Om hans senere Skäbne henvise vi til Afhandlingen nedenfor.

II. Gustav Gustavsen, 49 År, gift, Värtshusholder. Indlagt d. 31 Maj 1895.

Patienten, der aldrig har haft Syfilis, har i tidligere Tid drukket megen Alkohol, men ikke, siden hans nuvärende Sygdom begyndte.

For godt 2 År siden holdt han i nogen Tid sit Hoved forceret drejet til venstre; han angiver, at han herved fölte som et Knäk i Nakken; han lokaliserer Stedet til Insertionen af höjre cucullaris på Kraniet. Fra denne Tid af at regne har Hovedet haft Tendens til at dreje sig til venstre, således at han hvert Öjeblik med en Ansträngelse må dreje det tilbage igen. Dette er blevet värre og värre, og da det havde varet et Par Måneder, begyndte hele Ryggen at krumme

sig i höjre Side. Han har lidt af en Del snurrende Fornemmelser i Fingrene på bägge Händer, af og til jagende Smerter langs Indsiden af bägge Underextremiteter, og der skal for nogen Tid siden have väret Antydning til Filtfornemmelse for höjre planta's Vedkommende. Aldrig Tandpine. Ingen Abnormiteter for Urinering og Defäkation. Der har i längere Tid väret ret stärk tremor af Händerne.

Pat. er fed, noget agil, er ret stärkt tremulerende. Hans Lidelse viser sig at bestå i små aktive Kontraktioner i höjre sterno-cleido-mastoideus; Hovedet drejes herved med små Ryk opad til venstre; så snart denne Stilling er nået, gör han en stärk Ansträngelse og retter atter Hovedet lige ud, — og så begynder det samme forfra.

Samtidigt med denne Drejning af Hovedet, hvorved man föler de små Kontraktioner i den noget hypertrofierede sterno-cleido-mastoideus dexter, krummer han columna dorsalis med Konkaviteten til höjre; dette sker ligeledes i Ryk, og man föler tydeligt den stärke Spänding i hele höjre extensor dorsi communis og den tilsvarende Del af Nakkens Muskler. Når han korrigerer sit Hoveds abnorme Stilling, korrigerer han også hele Overkroppens Stilling under stärk Vridning. Han har träkkende Fornemmelser fra Insertionsstedet for höjre cucullaris ned langs denne til scapula og tvärsover dette hen til deltoideus.

Patellarreflexerne ere livlige; ingen Analgesi eller Sensibilitetsforstyrrelser. Ingen Koordinations- eller andre Mortilitetsforstyrrelser af Extremiteterne. Pupillerne normale. Ser af og til Lys og Stjerner i Synsfältet, mest for venstre Öje. Venstre dens sapientiæ er karieret.

Han er bleven behandlet af så godt som alle Köbenhavns Specialister og soi-disant Specialister. Har brugt en Mängde Midler, af hvilke särligt nävnes Elektricitet, Massage, Suspension, Injektioner. — Der ordineres Bromkalium
og Ispose på columna 2 Timer för Sovetid.

Der observeres, at han ikke har Spasmer om Natten. Under Anfaldene er sterno-cleido-mastoideus vel spändt, men ikke i nogen påfaldende stärk Grad; derimod synes de små Rotatorer at väre stärkt spändte. Temperaturen er stedse normal.

Da Tilfäldene vedblive uforandrede, foretages d. 15 Juni 1895
Operation
efter samme Metode som ovenfor beskrevet. Også i dette Tilfälde er den venöse Blödning påfaldende stärk. En större Nervegren, der ligger i Substansen af sterno-cleido-mastoideus, pröves med Faradisation; det er ikke accessorius, men en cervicalis; der reseceres 4 Cm. af samme. Da accessorius er blottet og underkastet Sträkning, som hos forrige Patient, gennemklippes den; med en faradisk Ström (ved Hjälp af med Karbolvand vädet steril Gaze) pröves Nerven; den giver stärk Kontraktion af sterno-cleido-m. Det resecerede Stykke af accessorius måler 2 Centimeter.

2 Ligaturer; Drän; 6 Suturer; sidste Sutur anlägges 23 Minutter efter Operationens Begyndelse. Steril Gaze, Karbolvands-Vat-Forbinding. Dränet fjärnes 3dje Dag. Såret er helet per primam uden Reaktion 15de Dag. Kom op med Papskinne 5te Dag.

Der var ingen faretruende Tilfälde fra vagus's Side. Temperatur stedse normal. Der var ingen Bedring, og han önskede at udskrives den $^{4}/_{7}$.

Den 15 Oktober, d. e. 5 Måneder efter Operationen, ser jeg ham igen. Der kan ikke påvises Atrofi af sterno-cleido-mastoideus eller cucullaris. Han angiver, at hans Tilstand er ganske som för Operationen. Ved Undersögelsen findes det også at väre Tilfäldet; man konstaterer, når Hovedet ved små korte Ryk drejes til venstre, at der er små intermitterende Kontraktioner på det Sted, hvor splenius ligger; dog kan man ikke udelukke, at også överste Del af sternocleidomastoideus kontraherer sig; ti Hagen er noget löftet. Han har träkkende Fornemmelser i höjre Side af truncus; det ender med, at han flekterer truncus noget til höjre; der ses da et Par Tvärfolder i Huden under höjre Kurvatur. Han har jävnligt — som det synes, samtidigt med Anfaldene — snurrende Fornemmelser i höjre Underextremitet, särligt på bägge Sidepartier af sura og i Foden (måske mest på Dorsalsiden?). Han angiver ikke at nyde spiritus.

Om *mikroskopisk Undersögelse af de exciderede Nervestykker*, der i bägge Tilfälde fandtes normale, henvise vi til Afhandlingen nedenfor.

Som man vil se, ere de to Tilfälde höjst uensartede; bägge henföres med Rette til Begrebet spasmodisk torticollis; men de ere dog höjst forskellige. Som nävnt i Indledningen til denne Meddelelse, er dette imidlertid ikke noget aparte; sammenligner man de Tilfälde, der ere offentliggjorte af forskellige Kirurger, som have opereret for denne Sygdom, og föjer man hertil, hvad man kan läse derom i Läreböger, i kasuistiske Meddelelser om Tilfälde, behandlede på andre Måder, er det netop det forskelligartede, Mangfoldigheden af Symptomerne, der slår En i Möde.

Jeg skal i Oversigt meddele de Resultater, jeg har uddraget ved Studiet af 42 Tilfälde, behandlede med Operation på nervus accessorius Willisii (eller andre Nerver) — sammen med de to af mig behandlede i alt 44 Tilfälde.

Först må dog forudskikkes nogle mere almindelige Bemärkninger.

Fälles for alle Tilfälde af »spasmodisk torticollis» ere, i al Almindelighed, Spasmer af oftest flere Halsmuskler; da man som oftest ser, at sterno-cleido-mastoideus deltager i Lidelsen, kommer Spasmen af denne Muskel selvfölgeligt til at dominere

det kliniske Billede; derfor er det også naturligt, at man har henvendt de operative Indgreb til denne Muskel; der er gjort nogle få Tenotomier (se nedenfor närmere om disse) af sterno-cleido-mastoideus; men man har hurtigt indset, at det havde ikke nogen Art; man er da gået over til det tilsyneladende mere rationelle, at operere på Nerven for denne Muskel, nerv. accessorius Willisii, det vil sige på denne Nerves bageste, ydre Gren, der fortrinsvis dannes af accessorii Rygmarvsrödder (medens dens indre forreste Gren, der sänker sig ind i plexus ganglioformis nervi vagi, fortrinsvis dannes af de Rödder af accessorius, der udspringe fra medulla oblongata).[1]) Når vi i det fölgende slet hen sige: nerv. accessorius, mene vi dermed altså dens bageste ydre Gren.

Den förste, der har opereret på nervus accessorius, er vist nok BUJALSKI[2]) i St. Petersborg 1834 (eller 1835?); han gjorde Excision af et Stykke af bägge nervi accessorii; dette Tilfälde, der omtales af STROMEYER, har ikke väret påagtet; kun PETIT[3]) omtaler det. I Almindelighed angives CAMPBELL DE MORGAN som den, der, i 1862, förste Gang har udfört Operationen. Om de övrige historiske data henvise vi til vor Tabel.

Jeg har i det hele fundet 44 Tilfälde af spasmodisk torticollis, behandlede med Operation på nerv. accessorius.[4])

Af de 44 Patienter vare de *22 Mandfolk*, *18 Kvinder*. GOWERS[5]) siger, at Kvinder angribes hyppigst; men det er altså ikke Tilfäldet. Han har set 32 Tilfälde; heraf vare 10 mandlige og 22 kvindelige Individer; men det er jo for små Tal i bägge Räkker til deraf at drage Slutninger. Det går vel ligeså med Spörgsmålet om Patienternes *Alder*.[6]) GOWERS mener, at de fleste Tilfälde begynde imellem 30 og 40 Års Alderen, og mener, at, når Sygdommen opträder hos Börn eller

---

[1]) Se HENLE, Handb. der syst. Anatomie. III. 2. 1879, S. 495. (H. citerer her BERNARD.)

[2]) Sammenlign om Kilder her og i det fölgende Literaturoversigten.

[3]) L. H. PETIT: Trait. du Torticolis spasmodique par la Résection du nerf spinal. Revue d'Orthopédie II. Paris 1891, S. 279, — en omhyggeligt udarbejdet Artikel, der handler om 24 Tilfälde.

[4]) Tallene i det fölgende svare ikke altid til 44; det beror på, at mange af Meddelelserne ere meget kortfattede, nogle helt ubrugelige.

[5]) GOWERS: A manual of diseases of the nervous system. London 1893. II. S. 661.

[6]) Vi forbigå i denne Afhandling de Tilfälde af spasmodisk torticollis hos små Börn (»Nikkekramper» o. a. lign.), der stå i Forhold til Dentition ell. a. — kort sagt, Småbörns »reflektoriske Spasmer».

hos Kvinder under 30 Års Alderen, da må den opfattes som Symptom på Hysteri. Hos vore 44 Patienter viste Sygdommens förste Begyndelse sig

hos	1	i	Alderen	0—10	År,
»	1	»	»	10—20	»
»	13	»	»	20—30	»
»	10	»	»	30—40	»
»	4	»	»	40—50	»
»	4	»	»	50—60	»

Sygdommens Varighed, för der blev udfört Operation, varierede meget.

Sygdommen havde våret

3	Måneder	tilstede	hos	2 (2, 23),
omtr. ½	År	»	»	11 (12, 19, 20, 21, 22, 27, 28, 35, 36, 42, 43),
1	»	»	»	1 (32),
1½	»	»	»	5 (3, 9, 10, 18, 29),
2	»	»	»	2 (24, 44),
3 à 4	»	»	»	2 (5, 34),
6	»	»	»	1 (37),
8	»	»	»	1 (41),
10	»	»	»	1 (17; fra 4 Års Alderen),
10 à 12	»	»	»	1 (13),
14	»	»	»	2 (38, 39),
16	»	»	»	1 (26),
23	»	»	»	1 (16).

Det fremgår heraf, at de fleste bleve opererede omtr. ½ År efter Sygdommens Begyndelse, det vil vel sige, når det er rimeligt at opgive at forsöge de mange forskellige Midler, der ikke hjälpe.

Det Billede, som Patienterne fremviste ved Undersögelsen, var, som alt flere Gange nävnt, höjst forskelligt. Jeg har gennemgået Sygehistorierne nöje for at kunne notere, hvilke Muskler der vare angrebne af Spasmer; en Del af Tilfäldene, der kun ere opförte under Benävnelsen »spasmodisk torticollis», kunne selvfölgeligt ikke bruges; de, der ere brugbare (skönt mere eller mindre pålidelige), ere i alt 32; de skulle opföres her skematisk:

De af Spasmer angrebne Muskler vare:

Sterno-cleido-mastoideus alene hos 3 Patienter (12 [her måske tillige splenius], 21, 41).

Sterno-cleido-mast. og cucullaris hos 5 Patienter (18, 25 [her måske også andre Muskler], 32, 35, 42).

Sterno-cleido-mast., cucullaris og levator anguli scapulae hos 1 Patient (24).

Sterno-cleido-mast., cucullaris og platysma hos 1 Pat. (33).

Sterno-cleido-mast. og splenius hos 1 (11).

Sterno-cleido-mast., cucullaris, obliqvus capitis inf. og (successive) extensor dorsi communis hos 1 (44).

Sterno-cleido-mast., cucullaris, splenius, obliqvus capit. inf., rectus capitis post. magnus hos 1 (6).

Sterno-cleido-mast., cucullaris, splenius, obliqvus capit. inf. og rectus post. magnus, tillige Ansigtsmuskler hos 1 (2).

Sterno-cleido-mast. og »de dybe Halsmuskler» hos 1 (19).

Sterno-cleido-mast. og de bageste Rotatorer hos 1 (40).

Sterno-cleido-mast., »de dybere Halsmuskler» på venstre Side, senere venstre Arms Muskler hos 1 (16).

Sterno-cleido-mast., överste Del af cucullaris på höjre Side; små Träkninger af Ansigtets og Öjnenes Muskler. Måske tillige Rotatorer på venstre Side hos 1 (13). Havde *infantil Paralyse af höjre Underextremitet.*

Sterno-cleido-mast. og »dybe bageste Halsmuskler»; bägge Arme vise kloniske Spasmer. *Släbende Gang*, isär af venstre Underextremitet (Sindsaffekter forøge Spasmerne i Hals, Arme og *truncus*) hos 1 (17).

Sterno-cleido-mast. og cucullaris på höjre Side og obliqvus capit. inf. på bägge Sider[1]) hos 1 (34).

Sterno-cleido-mast., cucullaris og scaleni samt obliqvus capit. inf. på bägge Sider[1]) hos 2 (22, 23).

Sterno-cleido-mast. og cucullaris på venstre Side, splenius på höjre Side hos 1 (9).

Sterno-cleido-mast. og cucullaris pa venstre Side; kloniske Spasmer i höjre Arm (mest pectoralis maj., deltoideus og stundom flexores på antibrachium) hos 1 (43).

Sterno-cleido-mast. på venstre, cucullaris på höjre Side; »sandsynligt också nogle af de dybere Halsmuskler». Chorea-agtige Bevägelser af höjre Arm og Hånd hos 1 (3).

[1]) Fordi Hovedet var i stadig roterende Bevägelse.

Sterno-cleido-mast., överste Del af cucullaris på venstre Side; splenius og »de andre Muskler» på höjre Side hos 1 (26).

Sterno-cleido-mast. på venstre og »external rotatores» på höjre Side hos 1 (38).

Sterno-cleido-mast. på venstre Side og dybe bageste Halsmuskler på bägge Sider hos 1 (39).

»Bägge accessorii» hos 2 (1 og 20).

»Bägge accessorii» og flere Cervikalnerver på bägge Sider hos 1 (15).

Dobbeltsidig spasmodisk torticollis og nästen alle Ansigtets Muskler hos 1 (37).

Disse Oplysninger om, hvilke Muskler der vare angrebne, Oplysninger, der ingenlunde ere fuldt pålidelige, vise, hvor overordentligt varierende Billedet af Patientens Sygdom må väre; mest påfaldende er det, at Spasmerne kunne opträde i én Gruppe af Muskler på den ene Side af Halsen, i en anden Muskel eller Muskelgruppe på den anden Side eller på bägge Sider.[1])

Vilde man efter de nävnte Fremstillinger forsöge at give et Billede af de Bevägelser, Hovedet udförer ved »den spasmodiske torticollis», måtte man beskrive omtrent alle de Bevägelser, det overhovedet kan udföre; ganske vist er det almindeligst at se, at sterno-cleido-mastoideus og med den vel som oftest cucullaris (isär dennes överste Del) deltager i Lidelsen på en meget fremträdende Måde — heraf er vel også Navnet »spasmodisk torticollis» kommet, fordi Hovedets Stilling her er den samme som ved den almindelig »medfödte» torticollis; men hvad der er meget påfaldende (som det også senere skal närmere omtales), er, at de dybere bageste Halsmuskler (Nakkemusklerne) så ofte ere angrebne (disse Muskler forsynes med Nerver fra Cervikalnerverne, medens sterno-cleido-mastoideus og cucullaris innerveres af nerv. accessorius) — — vil man definere Begrebet spasmodisk torticollis, kan man ikke lade ude af Betragtning, at så mange forskellige Halsmuskler ere Säde for Spasmer; Navnet *Hyperkinesis nervi accessorii Willisii* (JACCOUD) passer jo ikke, da andre Nerver end netop accessorius så ofte deltage i Lidelsen; *»Tic rotatoire»* er et Navn, der kun passer for de Tilfälde, hvor der alene findes

[1]) Vi henvise dels til ovenstående skematiske Fremstilling af, hvilke Muskler der vare angrebne, dels til vor Tabel over de opererede Tilfälde.

Drejning af Hovedet til Siden ved obliqvus capitis inferior, — hvilket synes at våre forholdsvist sjåldent. Det bliver efter det fremsatte vel rigtigst slet ikke at definere Begrebet spasmodisk torticollis; Navnet bör man formentligt bibeholde, da det strax leder Tanken hen på det rette Billede af Patientens Sygdom.

Ved Gennemlåsningen af Sygehistorierne er det påfaldende, at andre Muskler end Hovedets og Nakkens tillige findes ret ofte at våre Såde for Lidelser; sårligt nåvnes Ansigtets og Öjnenes Muskler og Overextremitetens, enten på samme eller på modsatte Side eller endog på bågge Sider.

Som Exempler på sådanne Tilfålde anföre vi, at der foruden Spasmer i sterno-cleido-mastoideus, cucullaris, splenius, obliqvus inf. og rectus capitis post. magnus — alle på venstre Side — tillige fandtes Spasmer i Ansigtets Muskler, der gave Patienten et ångsteligt Udtryk og samtidigt et sardonisk Smil (2). En anden Patient (3) havde Spasme i venstre sterno-cleido-mast., höjre cucullaris samt sandsynligvis også af nogle af de dybere Halsmuskler; men tillige fremböd han chorea-agtige Bevågelser af höjre Hånd og Arm; disse Bevågelser havde våret tilstede fra Födselen af. Vor oven anförte Patient Graff (43) havde spasmodiske Kontraktioner af höjre Arm, medens hans spasmodiske torticollis var venstresidig. Patienten Nr 13 havde foruden spasmodisk höjresidig torticollis små Tråkninger af Ansigtets og Öjnenes Muskler; disse synes dog först at have indfundet sig, når Spasmerne i Halsens Muskler forögedes ved Påvirkning af Stöj eller lignende; hun havde tillige infantil Paralyse af höjre Underextremitet. Hos Nr 37, hvor den spasmodiske torticollis var dobbeltsidig, vare nåsten alle Ansigtsmusklerne lidende. Min Patient Gustavsen med höjresidig spasmodisk torticollis havde tillige Spasmer i extensor dorsi communis dexter og snurrende Fornemmelser i höjre Underextremitet. Hos Pat. Nr 17, der havde klonisk Spasme i höjre sterno-cleido-mast. og i »de dybe bageste Halsmuskler», var der tillige kloniske Spasmer i bågge Arme, slåbende Gang, dog isår af venstre Underextremitet; ved Sindsaffekter forögedes Spasmerne i Hals, Arme og i truncus; Lidelsen var her först opstået i Halsens Muskler; han var kun 14 År og havde våret syg i 10 År!

Disse Lidelser af andre end Halsens Muskler synes i det hele ikke at våre sjåldne; de omtales af forskellige Forfattere.

REYNOLDS [1]) har i et Tilfälde set, at der för Halsspasmen fandtes paralysis agitans på samme Side; i 3 Tilfälde var der, för Halsspasmen viste sig, »writers cramp», Tilfälde, som GOWERS [2]) opfatter således, at Skrivekrampen var den begyndende Spasme, der hindrede Pat. i at skrive, eftersom Halsspasmen kan begynde med Spasmer i Hånd og Arm, hvad G. selv har set hos én Patient. REYNOLDS har i et Tilfälde set »histrionic» (teatralske) Spasmer af Ansigtsmuskler som Komplikation. ROMBERG [3]) omtaler kun kort, at den »konvulsiviske Affektion af accessorius» kan väre kombineret med andre Kramper, hyppigst af de mimiske Ansigtsmuskler, Öjemusklerne (nystagmus, strabismus), stundom også af Svälgets og Luftrörets. OPPENHEIM, [4]) der omtaler vort Tema i et Kapitel med den gode Titel »Krämpfe im Bereich der Halsmuskeln», anförer, at Spasmerne vel hyppigst opträde i de af nerv. accessorius innerverede Muskler, men at de dog ikke bör udskilles som »Accessoriuskramper», fordi de ikke indtage nogen Särstilling i symptomatologisk, prognostisk eller terapevtisk Henseende. Snart kan sterno-cleido-mastoideus väre alene angreben, snart sammen med cucullaris; eller Krampen angriber samtidigt sterno-cleido-m. og splenius på samme eller på den anden Side, eller den griber over på scaleni og de dybe Halsmuskler — platysma, omohyoideus — kort sagt, der er ingen Tendens til, at Spasmerne indskränke sig til et enkelt Nervegebet; de kunne begynde i én Muskel og senere springe over til andre. Under Spörgsmålet om Differentialdiagnosen omtaler OPPENHEIM, at maladie des tics convulsifs og Myokloni kunne indledes med Spasmer af Halsmuskler, at Facialiskrampe kan opträde samtidigt med Halsmuskelspasme, og at chorea, der i Almindelighed jo er let at skelne fra spasmodisk torticollis, dog kan opträde samtidigt med denne, eller, hvad han har set én Gang, Halsspasmen bevirker chorea.

De anförte Forfattercitater må jo väre tilsträkkelige til at konstatere, at andre end Halsens Muskler ret ofte lide, når man har »spasmodisk torticollis»; i övrigt basere Forfatterne

---

[1]) REYNOLDS: A system of medicine II, S. 868. S. 774 Torticollis by J. R. REYNOLDS.

[2]) Anf. St., S. 661 Anmärkning.

[3]) ROMBERG: Pathologie und Therapie der Sensibilitäts- und Mobilitäts-Neurosen. Berlin 1857, S. 389.

[4]) OPPENHEIM: Lehrb. der Nervenkrankheiten. Berlin 1894, S. 761.

vel meget af deres Syn på de samme Tilfälde, som danne Grundlaget for denne Meddelelse.

Hvad det övrige Billede af vore Patienter angår, skulle vi fatte os i Korthed, henvisende til vor Tabel over Tilfäldene. I Regelen standse Spasmerne, når Patienten sover; men det kan også väre, at de genere således, at han endog väkkes (se f. Ex. Nr 2). I Hvile ere Spasmerne borte eller mindre påfaldende; Bevägelser eller Forsög på at modvirke Spasmerne o. a. l. foröge i Regelen disse; Sindsaffekter af forskellig Art fremkalde ofte Anfald. [1])

Som särligt aparte meddeler jeg, at v. M. MOORHOF hos Nr 33, der i ½ År havde haft Nakkestivhed, og som nu havde Spasmer i *venstre* sterno-cleido-mast., cucullaris og platysma, kunde standse Spasmen, når han komprimerede *höjre* nerv. accessorius, medens Kompression af Uddträdelsesstedet for venstre nerv. accessorius ikke havde Virkning! — I Sammenhäng hermed må omtales, at Nr 3, der fik Spasme af höjre trapezius og venstre sterno-cleido-mast., så snart han begyndte at röre Ryggen eller at *gå*, kunde gå uden Spasme, når han holdt Armen over Hovedet, eller *når han klemmer* venstre sterno-cleido-mast.; slipper han, får han strax Spasmer eller stärk Smerte. Spasmernes Art er klonisk, själdnere tonisk, ofte bägge Dele afvexlende; deres Hastighed höjst forskellig — også hos samme Patient.

Smerter ere forholdsvis själdent til Stede; Spasmen kan vel betinge en smertende Fornemmelse i selve Musklen, men egentlige nevralgiske Smerter synes själdne. Hos Nr 3, der jävnligt har lidt af Hovedpiner, og som under et koldt Hovedbad havde fölt en aparte »slående» (»pulling») Fornemmelse på höjre Side midt imellem proc. mastoideus og protuberantia occipitalis ext. som Indledning til hans nu i 18 Måneder bestående Spasmer i venstre sterno-cleido-mast. og höjre trapezius samt i nogle af de dybere Muskler, — var der altid Smerte og Ömhed på det omtalte Punkt, en Smerte, der blev meget intens, når Spasmerne indfandt sig. Nr 13 havde stärk Smerte i Baghovedet, höjre Side af Halsen og langs Midten af Brystets Forside. Hos Nr 25 var der irradierende Smerter til Hals og Hoved.

---

[1]) BOYER fortäller (Traité des maladies chir., Paris 1821, VII, S. 51), at WEPFER kender en Mand, der får konvulsiv torticollis, hver Gang han har en Sorg; det holder op, når han atter bliver rolig i Själen.

Om *columna's* Forhold foreligge kun få Meddelelser; det siges udtrykkeligt om Nr 2, at columna var lige, medens den hos Nr 26 var krum og skoliotisk hos Nr 34, 38, 43 og 44 — og måske flere.

Behandlingen.

Af alt det anförte fremgår, at de Patienter, der lide af Spasme i Halsmusklerne, ere ganske overordentligt at beklage; det er derfor ikke underligt, at Lägerne have ansträngt sig meget for at hjälpe dem. Den Räkke af *Medikamenter*, der ere anvendte, som oftest uden Held, er naturligvis meget stor; Hyoscyamus, Bromkalium, Conium, Atropin, Morfin, Zinkpräparater ere vel de mest anvendte; af andre Midler forskellige derivantia op til Kavterisationer med ferrum candens, Massage, Doucher, Faradisation (oftest af Antagonisterne), konstant Ström, Magnet- og Metalloterapi, forcerede redressements, Bandager (hos vor Patient i Form af Vägtextension) o. m. m. — alt forgäves. Det er derfor ikke så underligt, at man har grebet til Operationer.

Tenotomier [1]) ere udförte i nogle Tilfälde, enkelte Gange med Nytte, således af STROHMEYER, måske også af AMUSSAT, om hvilke Tilfälde vi senere skulle udtale os närmere, men oftest uden Held, således af JOHN OGLE og af de af mig samlede Tilfälde hos Nr 2, 10, 35 og 43. Der er jo på Forhånd heller ikke Grund til at tro, at en Tenotomi vilde hjälpe.

Operationer på nervus accessorius synes, som nävnt, först udförte af BUJALSKI i 1834. Åren for at have indfört Operationen i Praxis tilkommer CAMPBELL DE MORGAN (1862); hans Observationer ere nogle af de omhyggeligst iagttagne, jeg har truffet blandt de Tilfälde, jeg har samlet; den anden stammer fra 1867. Först i 80-Årene bliver Operationen mere almindelig; vi henvise i så Henseende til vor Tabel.

De Operationer, der ere udförte på nerv. accessorius, ere: 1) *Division* hos 3 (15, 31 og 42). — 2) *Sträkning* hos 8 (16, 17, 26, 27, 30, 32, 33 og 41); hos 2 af disse Patienter (16 og 26) blev der senere gjort Resektion; hos 1 (41) blev Sträkningen til en Udrivning (Evulsion) af den centrale Del af Nerven. — 3) *Sträkning og Division* foretoges hos 1 (6). — 4) *Resektion af nerv. accessorius* foretoges hos 30 [2]) (1, 2, 3, 9,

[1]) Se Tilläg.

[2]) Heriblandt de 2 (16 og 26) under »Sträkning» omtalte.

10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44). Hos flere af disse er der sandsynligt foretaget 5) *Sträkning, för der blev gjort Resektion. Sikkert* er den *udfört hos 9* (13, 16, 26, 28, 29, 34, 35, 43, 44). Hos 4 Patienter (4, 5, 7, 8) er det usikkert, hvilken Operation der er foretaget; men det er rimeligst, at der er foretaget Resektion.

Hos 4 Patienter er der *opereret på bägge nervi accessorii* [hos 2 Resektion (1 og 20)], [hos 1 Division (15)], [hos 1 Sträkning alene (33)].

Metoden for Operationen har våret noget forskellig i de forskellige Tilfälde. Sterno-cleido-mastoideus er i Regelen valgt til Udgangspunkt; men nogle have foretrukket at incidere ved dens bageste Rand således hos 11 (2, 3, 9, 14, 16, 17, 28, 29, 33, 34, 35), og da ofte ved midterste Tredjedel af Musklen; andre have foretrukket at incidere langs forreste Rand af sterno-cleido-mast.; således hos 15 (6, 11, 12, 18, 19, 21, 22, 23, 26, 32, 36, 41, 42, 43, 44). I 3 Tilfälde er benyttet den af TILLAUX angivne Metode (hos 10, 24, 25).

Af de forskellige Metoder foreträkker jeg den, der er beskreven i de ovenfor meddelte Tilfälde, Incisionen ved forreste Rand af överste Del af sterno-cleido-mastoideus; det er en med gode points de repère forsynet Fremgangsmåde, og man kommer til Nerven på det Sted, hvor den ligger närmest ved medulla, hvilket, som det vil fremgå af det fölgende, forekommer mig at väre af Värdi. På Stedet for Operationen ligger normalt et Veneplexus, der, som det var i mine Tilfälde, kan väre ret rigeligt og derved forstyrre noget; også Glandler kunne hindre den frie Adgang til Fascien, så at man ikke kan se den gennemskinnende Nerve; men de kunne jo let fjärnes.

Sträkningen har ikke skadet Patienterne; man skulde jo på Forhånd vänte, at det intime Forhold imellem nerv. accessorius og nerv. vagus vilde vise sig; der er kun i ét Tilfälde (17) noteret Bräkning ved Sträkningen; det kan jo have våret en Narkosebräkning; sikkert er det, at i Tilfälde, hvor der er gjort *stärk* Sträkning, også i *central* Retning, er der ikke observeret Skade deraf. Jeg vilde dog ikke turde sträkke *stärkt* i central Retning.

Excisionens Längde kan let göres en 3 Cm.; det er vel rigtigst at excidere et så stort Stykke som muligt for ikke at riskere Sammenvoxning.

Er man ikke ganske sikker på, at man virkeligt har nerv. accessorius for sig, kan man med Hjälp af et elektrisk Batteri snart overtyde sig, om det er den eller ej.

Man skulde jo vänte, at en Excision af et Stykke af nerv. accessorius gav Paralyse og Atrofi af sterno-cleido-mastoideus og cucullaris; dette er märkeligt nok ikke altid Tilfäldet, og i de Tilfälde, hvor det er noteret, at Musklerne vare atrofiske eller paralytiske, har det ikke väret til Skade for Funktionerne i nogen nävneyärdig Grad.

Det vigtige Spörgsmål, *om disse Indgreb på nervus accessorius have hjulpet Patienterne*, er meget svärt at afgöre. En Del af Observationerne lade särdeles meget tilbage at önske i den Form, hvori de foreligge; en Del af Patienterne ere ikke gensete af Kirurgen; det kan derfor godt väre, at den Patient, der er opfört som helbredet, skulde stå som ikke helbredet, — og omvendt kan en Patient, der ikke er hjulpen, da han udskrives, senere komme sig, hvorpå flere Observationer frembyde Exempler. Hvor vanskeligt det er at afgöre Spörgsmålet om Operationens Nytte, fremlyser godt ved Betragtningen af vor egen förste Patient (Graff). Jeg har Fotografier af ham, der vise, at han er helbredet; jeg får nogle Måneder senere Brev fra hans Fader, der er henrykt over Resultatet; nogen Tid derefter bestemmer jeg mig til at meddele hans Tilfälde; jeg bliver forhindret deri — og får netop i de samme Dage et Brev, dateret fra ham, at han atter har Spasmer; da jeg så 8 Måneder senere — i Anledning af denne Meddelelse — spörger om hans Befindende, er han atter delvist restitueret! Dette Vaklende i Forlöbet er, så vidt jeg kan skönne af små Bemärkninger i offentliggjorte Tilfälde, slet ikke själdent. En anden Vanskelighed, når man skal sige, om Operationen har hjulpet eller ej, er den, at der kan väre små Tilfälde af Spasmer, der kun opträde af og til, men som ere for intet at regne i Sammenligning med, hvad Pat. tidligere måtte lide; ere sådanne Patienter hjulpne? ja, ganske sikkert! men det er et Spörgsmål, om *Hjälpen vil väre varig;* jeg har opfört sådanne under Rubriken: bedrede, nogle dog under helbredte (efter et Skön om de omtalte Småspasmers Forhold).

Med disse Bemärkninger in mente får man ved at efterse vore 44 Tilfälde det Resultat, at 20 Patienter vel kunne kaldes helbredte, 16 Patienter ere bedrede og 7 ikke bedrede; 1 er död af Sårkomplikation (9de Dag af erysipelatös Flegmone).

Vi må betragte disse Grupper närmere; Spörgsmålet har nemlig den meget store Betydning, om man ikke ved Studiet af Tilfäldenes Art, sammenholdt med Resultatet af den Operation, de ere underkastede, kunde få et Indblik i Sygdommens Patogenese og derved muligt stille Indikationerne for Behandlingen skarpere.

Iblandt de 20 Tilfälde, der ere opförte som helbredte, er der 9, som må betragtes som ubrugelige Observationer i den Form, hvori de foreligge (Nr 5, 7, 8, 20? 28, 29, 31, 36, 39). Hos 1 af disse 20 Patienter (31) blev der kun foretaget Division; men denne Observation er efter mit Skön ubrugelig. Hos 3 af denne Gruppe blev kun foretaget Sträkning af Nerven (26, 33, 41). Hos 1 (Nr 6) foretoges Sträkning og Dagen efter Division af Nerven. Hos Resten blev der foretaget Resektion; denne var sikkert forbunden med forudgående Sträkning hos 3 (29, 34, 35); af disse 3 er dog den ene (29) en ubrugelig Observation.

Vi skulle göre närmere Rede for de Tilfälde, hvor Anamnesen giver *Holdepunkter for Årsagen til Sygdommen.*

Af de helbredte er der 4 Patienter, hvor Lidelsen må menes at skyldes et *trauma;* Nr 2 vil löfte en tung Stige, men kastes om af den, så at hans Hals böjes under den, altså et trauma på columna cervicalis; 2 Måneder senere begynde Spasmerne. Nr 18 får, 18 Måneder för Spasmerne ere udtalte, et alvorligt vulnus af Hovedets bageste Del. Nr 26 får, få Måneder forud for Spasmerne, trauma ved Sträkning af Halsen, da hun vil gå ned i en Båd. Nr 27 Fald på Ryggen under Fodboldspil, drejende Halsen stärkt til den ene Side; han kunde ikke beväge Lemmerne, måtte köres hjem. Efter 2 Dages Forlöb synes Halsen ikke at frembyde noget aparte; en Paralyse af vesica svandt på få Dage, Paralysen af Armene på 14 Dage. Han kan snart genoptage sit Arbejde; men 3 Måneder derefter stöder han Hovedet stärkt mod en Järnstang, falder bagover og får Halsen drejet på samme Måde som sidst; fra nu af holde Spasmerne sig.

Helbredelsen synes at väre varig hos i det mindste de 3 af disse 4; Nr 2 blev observeret 3 År efter Operationen; der var da kun af og til let Dirren af Hovedet til höjre samt lidt Bevägelser af Öjnene. Nr 18 observeredes 2 År, Nr 26 obs. 4 År efter Operationen; at observere lang Tid efter Operationen er nödvendigt; det fremgår tydeligt af Nr 26; ti da hun

blev observeret 1 År efter Operationen, var der endnu forskellige sygelige Tilstande (smlgn. vor Tabel).

De udförte Operationer i de 4 af trauma betingede Tilfälde var Resektion hos Nr 2 og 18, Sträkning og senere Resektion hos Nr 26 og Sträkning alene hos Nr 27.

Af de övrige helbredte synes Nr 6 at have en *professionel* Lidelse; det er en Väverske, der ideligt under sit Arbejde må dreje Hovedet til höjre og til venstre, mest til venstre; efter et särligt hårdt Arbejde får hun stadigt ubehagelige Fornemmelser i Nakken og af og til Spasmer, der da udvikle sig til udtalte venstresidige Spasmer. Her foretoges Sträkning og Dagen efter Division af Nerven, hvis 2 Ender skiltes fra hinanden. 1 År efter er hun helt rask, skönt hun dog atter har arbejdet på Maskinen. Der er jo en Mulighed for, at det er rigtigt at henföre sådanne af Profession opståede Spasmer til Kategorien: *trauma*.

Hos Nr 34 synes Lidelsen opstået i *Tilslutning til febr. typhoidea;* det er dog vanskeligt at afgöre, hvor megen Andel almindelige Nevrose-Symptomer have i Tilfäldet; det er i hvert Tilfälde påfaldende, at hun helbredes forbigående ved Bromkalium og Galvanisme; at senere Sädebade hjalp for en kort Tid. Dog Operationen (Sträkning og Resektion) hjalp prompt; hun blev observeret ½ År efter Operationen. Hvad end Årsagen har väret, synes Tilfäldet at tale til Gunst for Operationen.

»*Nevrotiske Momenter*» synes sikkert at spille Rolle hos Nr 41; Spasmen af venstre sterno-cleido-mast., der har varet i 8 År, er opstået kort Tid efter en när Slägtnings Död; Pat. havde tidligere haft Ansigtsnevralgi, men aldrig Migräne eller Epilepsi. Her blev foretaget Sträkning, der endte med at Nerven blev udreven — »Evulsion». Helbredelsen konstateredes 2 År efter Operationen. »Nakkestivhed» noteres som et Symptom, der hos Nr 33 havde väret tilstede i nogen Tid, för Spasmer optrådte i venstre sterno-cleido-mast. cucullaris og platysma. Spasmerne tiltoge, når Pat. iagttoges eller blev agiteret. Särligt aparte er det, at de kloniske Spasmer på venstre Side strax standsede, når den höjre nerv. accessorius komprimeredes, derimod ikke påvirkedes af Kompression af venstre accessorius. At dette virkeligt forholdt sig således, fremgår af den Omständighed, at, da Patienten var opereret med Sträkning af venstre accessorius og Kramperne vedbleve, kunde man igen

strax standse dem ved Kompression af höjre nerv. accessorius; Patienten blev derfor strax narkotiseret igen, og der blev nu foretaget Stråkning af höjre accessorius. Efter den dobbeltsidige Stråkning var der endnu nogen Tid Spasmer; men omtr. ½ År efter vare de svundne.

Resten af de »helbredte» ere observerede fra få Måneder op til 1 År efter Operationen.

Af de 16 Patienter, jeg har opfört som *bedrede*, kunne 9 ikke benyttes til Oplysning om Sygdommens Årsag (4, 11, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 40).

Trauma af Hovedet kan måske siges at spille en Rolle hos Nr 43 (vor Patient Graff); her er tillige, som alt anfört S. 2, Spasmer i höjre Overextremitet, om hvilke han ikke bestemt kan angive, om de opstode för eller efter Slaget af Baghovedet.

Det professionelle kan, särdeles tvungent, siges at have haft Indflydelse på Sygdommens Opståen hos Nr 15, om hvem der dog kun foreligger särdeles tarvelige Oplysninger, egentligt ikke andet, end at han var Orientaler og led af en Form af Spasme i Halsmusklerne, der minder om den orientalske ceremonielle Hilsen og kaldes »Salaam-Krampe»; hos denne Patient bleve bägge nervi accessorii og flere Cervikalnerver på bägge Sider dividerede, efter sigende med Held. Hos Nr 42 må det professionelle med större Sandsynlighed siges at have spillet en Rolle; han blåste på Trompet, en af den Slags, hvor der tråkkes frem og tilbage med den ene Hånd i Lydröret, hvorved netop de Muskler, der senere vare Säde for Spasme, sterno-cleido-mast. og trapezius, vare i Virksomhed; i Begyndelsen fik han kun let Spasme, når han havde spillet i lang Tid. Senere bleve Spasmerne stärke, indfandt sig også om Natten; han mente, at han måtte opgive sin Stilling. Det var en meget excitabel Patient; han trode sig forfulgt; der var Anorexi og Sövnlöshed. De förste 6 Dage efter Division af höjre nerv. accessorius standsede Spasmerne; men da de den 7de Dag atter viste sig lidt, blev han stärkt exciteret, var 4 Dage senere maniakalsk, hvilket dog atter tabte sig på få Dage. Senere prövede han med Mellemrum igen at blåse på Trompet; men skönt der herved kun kom lette Tilfälde, der veg for medikamentel Behandling (Bromkalium), opgav han Trompet og lärte at spille Basviol; efter den Tid har han ikke haft Spasmer. Sidst observeret 1 År efter Operationen. Han

hörer måske til de helbredede; men det kan da ikke siges alene at skyldes Operationen på Nerven.

»*Nevrotiske Momenter*» spille en Rolle hos 4 af de bedrede. Hos Nr 3, der af og til havde *Hovedpine*, havde der fra Födselen af våret *choreaagtige Bevägelser i höjre Hånd og Arm*, generende ved Skrivning o. l., men ikke ved stärkt Arbejde. Han plejede, når Hovedpinen var slem, at bade Hovedet i koldt Vand. En Dag, da han arbejdede i Snevejr, fik han *Kuldeformemmelse i Ryggen* og Hovedpinen blev slem; da han tog koldt Hovedbad, märkede han en »slående» Fornemmelse på höjre Side, midt imellem proc. mastoid. og protuberantia occipitalis ext. Fra nu af havde han Spasmer i venstre sterno-cleido-mast. og höjre cucullaris samt i nogle af de dybe Muskler på höjre Side. Efter Resektion af venstre nerv. accessorius standsede Spasmerne i venstre sterno-cleido-mast.; men de bageste Rotatorer på höjre Side påvirkedes ikke af Operationen. Et aparte Forhold, der minder noget om det ovenfor for Nr 33 omtalte, var det, at han kunde bevåge sig uden at få Spasmer, når han holdt Armen over Hovedet eller klemte fast om venstre sterno-cleido-mast.; slap han, indfandt der sig strax håftige Spasmer og Smerter.

Hos Nr 37, der havde stärk *dobbeltsidig* spasmodisk torticollis, var der tillige nästen konstant stärke *spasmodiske Kontraktioner af alle Ansigtets Muskler.* Her blev da gjort Resektion af den *ene* nerv. accessorius med det Resultat, at *alle* Spasmerne håvedes; men senere indfandt de sig atter, dog kun på den ikke opererede Side; han blev observeret 2 År og 8 Måneder efter Operationen.

Hos Nr 13 var der *infantil Paralyse af höjre Underextremitet;* hun har våret gift i 11½ År, har aldrig våret gravid. 18 Måneder efter Giftermålet begyndte Spasmerne i Halsen, drejende Hovedet til venstre Skulder; i de sidste 10 Måneder har hun våret meget lidende, også i Almentilstanden. Lägebehandling i 12 År har intet udrettet. Der var stärke Smerter i Baghovedet, höjre Side af Halsen og langs Brystets Forflades Midte; Spasme i höjre sterno-cleido-mast. og överste Del af cucullaris; hun kan ikke dreje Hovedet til höjre og har ikke haft Hovedet lige i 10 År. Ved Stöj o. l. forögedes Spasmen og der kom små Tråkninger i Ansigtets og Öjnenes Muskler. Der blev gjort Resektion og Stråkning af höjre Nerve. Spasmerne standsede, Hovedet kunde drejes til höjre; men der ved-

blev nogen Rotationsspasme, som Forf. henförer til Irritation af »bageste förste Forgrening af venstre nerv. suboccipitalis».

Hos Nr 17 var der mange Tilfälde; en 14-årig Dreng har väret syg i 10 År! der er Spasmer af höjre sterno-cleido-mast. og de dybe bageste Halsmuskler; kloniske Kontraktioner af bägge Arme; släbende Gang, isär af venstre Underextremitet. Ved Sindsaffekter foröges Spasmerne i Hals, Arme og truncus. Skal han spise eller drikke, må han stötte Halsen med venstre Hånd, ellers kan han kun vanskeligt bringe Maden til Munden med höjre Hånd. Halsen var den först angrebne — i 4 Års Alderen. Her göres Sträkning, der hjälper, men kun i 6 Uger; men ½ År senere har han det dog bedre; han fortäller, at der kan gå lang Tid, uden at han har Spasmer, og de indfinde sig isär, når hans Opmärksomhed henledes derpå. — Det forekommer mig, at man har Lov til at henföre dette Tilfälde under Begrebet: *Hysteri*.

Af de 7 Patienter, der *ikke* bleve *bedrede ved Operation* på nerv. accessorius, ere de 4 så ufuldständigt omtalte i de mig tilgängelige Fremstillinger, at man ikke kan benytte dem til Oplysning om Sygdommens Väsen. Derimod träffe vi hos Nr 16, der har väret syg i 23 År, at der foruden kloniske Spasmer i venstre sterno-cleido-mast. og de dybere Halsmuskler også fandtes *Spasmer i venstre Arms Muskler*, optrådte senere end de i Halsen. Her blev gjort Sträkning d. 7 Oktober 1881; da det ikke hjalp, foretoges Resektion d. 10 Marts samme År; dog lykkedes det ikke at excidere ovenfor det Sted, hvor Nerven endnu afgiver Grene til sterno-cleido-mast. (Incisionen blev foretagen ved bageste Rand); muligt, at man heri må söge Årsagen til det uheldige Resultat.

Nr 32 fik, 14 Måneder för han blev observeret, *Smerter i Halsen*, 2 Måneder derefter stärke Spasmer, der träkke Hovedet bagtil og til venstre; i de sidste 7 til 8 Måneder kan Hovedet kun bringes fortil ved Händernes Hjälp og ved at löfte venstre Arm. I Juli 1881 noteres, at han er fri for Spasmerne om Natten; men om Dagen er der stadigt kloniske Kramper af Halsens Muskler på nävnte Måde; Skuldrene löftes samtidigt; venstre sterno-cleido-mast. og cucullaris föles stärkt spändte. 1 Avgust 1881 göres Sträkning af nerv. accessorius. Samme Dag vise Spasmerne sig, dog med längere Mellemrum; men näste Dag ere de stärkere, og 3dje Dag er Tilstanden som för. Den 10 Avgust er der Anfald af Spasmer i musc.

recti abdominis og musc. sacro-spinales. I Januar 1882 er Tilstanden uforandret. Man må ved dette Tilfälde tänke på en descenderende medullär Lidelse.

Min anden Patient (Gustavsen) er kun observeret en kort Tid efter Operationen. Her synes Alkohol at spille en Rolle ved Siden af trauma af Halsen.

Den Patient, som döde, Nr 9, havde foruden Spasmen af venstre sterno-cleido-mast. og cucullaris, der havde varet i 18 Måneder, i flere År haft *en Slags Skrivekrampe i venstre Arm.* Venstre nerv. accessorius blev reseceret; det viste sig, at Spasmen i sterno-cleido-mast. var hävet; men der var Spasmer i höjre Side, särligt vist nok af splenius; så kom den erysipelatöse Flegmone, der medförte Döden 9de Dag.

Hovedresultatet, at 36 af 44 opererede Patienter, der alle forud forgäves havde sögt Hjälp på mange Måder for deres overordentligt generende Sygdom, ere hjulpne godt ved en Operation, der ikke kan siges at väre särlig farlig, eftersom kun 1 er död, og det tilmed af en Årsag, som man med Rette mener at kunne undgå ved antiseptisk Sårbehandling; dette Hovedresultat må jo opmuntre til at råde Patienter, der lide af Spasmer i Halsmuskler, til at forsöge denne Kur.

Dette er värd at bemärke; ti det er ikke almindeligt antaget, at der er Indikation for disse Operationer. Af Forfattere af nyere Läreböger skal jeg således anföre, at ERB[1]) mener, at Nevrotomi af accessorius må forkastes, dels fordi den giver Lamhed, dels fordi den ikke hjälper; Operationen er kun berettiget i de Tilfälde, hvor Årsagen påviseligt ligger i selve Stammen af accessorius. OPPENHEIM[2]) vänter sig ikke megen Nytte af sådanne Operationer. GOWERS[3]) udtaler sig på fölgende Måde: den eneste Operation på Nerven, af hvilken man kan vänte Nytte, er Resektion; selvfölgeligt medförer en sådan Paralyse og Atrofi af de pågäldende Muskler; han har ved at läse Beretninger om de nyere Tilfälde måttet forandre det Syn, han i sin tidligere Udgave af sin Bog havde på Operationen, — et forandret Syn, som vi hilse med Gläde.

[1]) Hdb. der Krankheiten des Nervensystems II. Leipzig 1874, S. 289.
[2]) Anf. St., S. 766.
[3]) Anf. St., S. 673.

Men man kan dog ikke på Forhånd love Bedring eller Helbredelse. Er det da ikke muligt at stille en Prognose for Tilfäldene? I denne Henseende gälder det jo fremfor alt at komme den exakte Diagnose af Sygdommens Väsen så när som muligt; det er et Forsög herpå, jeg nu skal vove.

At söge *Årsagen* til den »spasmodiske torticollis» i *selve Halsens Muskler* vilde jo väre höjst urimeligt, alene af den Grund, at så mange forskellige Muskler, og ofte på forskellige Sider, blive lidende. At man stundom har set Helbredelse efter en foretagen Tenotomi, er ikke Bevis for, at Muskellidelsen er Årsag; ti de gunstigt forlöbne Tilfälde have rimeligvis väret Tilfälde, der kunne henföres til Begrebet Hysteri.

Den Periode, i hvilken der er kommet Fart i Operationen på nerv. accessorius, falder for största Delen sammen med den, hvor hele Nervepatologien har taget Opsving, og särligt da med den, hvor Operationerne på Nerverne begyndte med NUSSBAUMS Sträkning i 1871 og Resektionerne bleve mere almindelige. Det er da naturligt, at man fattede den Tanke, at Sträkning eller Division eller Resektion af nerv. accessorius (eller Sträkning sammen med de nävnte Operationer) måtte kunne hjälpe for en Lidelse, hvis mest iöjnefaldende Symptom var Spasmer i de af nerv. accessorius innerverede Muskler, — endskönt jo ellers Spasmer vare et langt mindre indbydende Tema for Nerveoperationer end Nevralgierne.

Men fordi Operation er udfört på *nervus accessorius* og, som vi have set, med i det hele godt Resultat, er det jo ingenlunde givet, at det er denne Nerves Lidelse, der er Årsag til Sygdommen, således som nogle Forfattere mene: således ALTHAUS,[1]) der kalder det en konvulsiv Affektion af nerv. accessorius spinalis og mest stoler på Galvanisationens Hjälp, og MARSHALL HALL,[2]) der sammenstiller Sygdommen med spasmodisk strabismus og spasmodisk tic, kaldende den en Affektion af »the true spinal motor nerve». Det er nu påfaldende, da der dog er gjort så mange Resektioner, og det af ret store Stykker, at så godt som Ingen har tänkt på at undersöge disse Nerver.

I denne Henseende foreligger kun Meddelelse fra BALLANCE og SOUTHAM; i BALLANCES Tilfälde (Nr 13, den ovenfor

---

[1]) ALTHAUS: A treatis on medicale electricity. London 1870, S. 512.

[2]) M. HALL: On the diseases and derangements of the nervous system. London 1841, S. 348.

omtalte Patient med den infantile Paralyse af höjre Underextremitet) viste mikroskopisk Undersögelse af det exciderede Nervestykke intet abnormt. I SOUTHAMS Tilfälde (Nr 16 med Spasmer i venstre sterno-cleido-mast., »de dybere Halsmuskler» og venstre Arms Muskler) påviste LARMITH Proliferation af Nevrogliets Bindevävselementer; Nervefibrillernes primitive Skeder vare fortykkede; der var Proliferation af deres nuclei. Nogle af tubuli viste en meget fortyndet Medullärskede, i andre var den helt forsvunden, så at kun Axecylinderen var tilstede; denne var sund. Men, som LARMITH selv bemärker, alle disse Forandringer skyldes den omtr. 5 Måneder forud foretagne Sträkning af Nerven; QUINQUAUD har vist de samme Forandringer i Nerver, der vare sunde, og som bleve underkastede Sträkning. Dette Tilfälde kan altså ikke benyttes til Indtägt for, at nerv. accessorius er funden lidende ved et Tilfälde af »spasmodisk torticollis». Det kan i Henhold til disse Bemärkninger have nogen Betydning, at i bägge de 2 Tilfälde, ved hvilke jeg har foretaget (en lämpelig) Sträkning med påfölgende Resektion af nerv. accessorius, har Nerven ved mikroskopisk Undersögelse vist sig sund. Undersögelsen er foretagen af Hospitalets kliniske Assistent, Hr. Dr. RIIS, og med WEIGERTS Metode, og dens Resultat konstateret af forskellige.

Af det her fremsatte kan man vel drage den Slutning, at nerv. accessorius ikke er Säde for påviselige patologiske Forandringer, i alt Fald i nogle af Tilfäldene af »spasmodisk torticollis».

Af andre Grunde, der kunne tale imod, at en Lidelse af selve nervus accessorius er Årsag til de omtalte Spasmer, må nävnes den, at andre Muskler end de af nervus accessorius innerverede så ofte tillige ere Säde for Spasmer, stundom også på den anden Side. Vi have gentagne Gange fremhävet, at de dybere liggende Halsmuskler ofte lide; särligt gälder det splenius capitis, obliqvus capitis inf. og rectus capitis posticus magnus; også de små dybest liggende Rotatorer må siges at kunne deltage i Sygdommens Billede. Gennemgår man vor Tabel (S. 10) over Spörgsmålet, hvilke Muskler der vare angrebne af Spasmer, vil man finde, at *iblandt de 32 Tilfälde*, der ere brugbare i denne Henseende, *er der ikke färre end 18* (Nr. 2, 3, 6, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 26, 34, 38, 39, 40, 44), *ved hvilke de forskellige dybere liggende Halsmuskler viste*

Spasmer. Alle disse Muskler forsynes[1]) med Nervegrene fra *nervi cervicales*, väsentligst fra n. cervic. I og II:s bageste Grene; en särlig stor Gren er nerv. occipitalis major, der nåer frem under Huden i Egnen af linea semicircularis sup. ossis occipitis, 3 til 4 Cm. fra Midtlinien — et Punkt, der netop har väret Säde for Fornemmelser, Smerte eller Ömhed i flere af vore Tilfälde. Flere af disse Nerver anastomosere indbyrdes.

Man skulde herefter tro, at det var rimeligt at söge Årsagen til nogle af Patientens Spasmer i Lidelser af Cervikalnerver; derimod kan dog indvendes, at den ydre Gren af nerv. accessorius anastomoserer med flere af Cervikalnerverne, og at dette kunde väre Grunden til, at »de dybe Halsmuskler» viste Spasmer, når nerv. accessorius var lidende. Men Indvendingen duer ikke, når man erindrer, at Muskler på den anden Side af Halsen, og her netop »de dybe Halsmuskler», ofte ere lidende. Jeg skal tilföje, at den Cervikalnerve, der blev excideret i mit som Nr 2 (44) anförte Tilfälde, mikroskopisk viste sig sund.

Da nu Nerver af så forskelligt Forlöb vise sig at foranledige Spasmer samtidigt, bliver det rimeligst at söge Udgangspunktet for de spasmodiske Halsmuskellidelser ved deres fälles Udspring, det er *medulla spinalis*. Fra Anatomien[2]) vide vi, at nerv. accessorius udspringer med 4 eller 5 Bundter i Höjde med og sluttende sig til vagus, men at den tillige med sit Udspring rager så langt ned som til 6te eller 7de Halshvirvel; accessorii Rödder falde således sammen med förste Cervikalnerves bageste Rödders Udträdelsessted, at et Bundt fordeler sig til bägge Rödder, ja förste Cervikalnerves bageste Rod kan forträngges af en af n. accessorius's Rödder.

Allerede herved bliver det mere forståeligt, hvorfor en Spasme så ofte opstår samtidigt i de af accessorius og de af 1ste Cervikalnerve forsynede Muskler; men herved forklares dog ikke det factum, at Muskler på den anden Side også kunne väre angrebne; til Forklaring heraf vilde man väre mere tilböjelig til at lägge Udgangspunktet for Lidelsen til den grå Substans i den *forlängede Marv*, der kaldes *Accessoriuskärnen;* ti dermed vilde man kunne forklare, at Muskler på den anden Side af Legemets Midte också kunde blive Säde for Spasme,

---

[1]) Smlgn. HENLE: Nervenlehre i Hbd. der syst. Anatomie. Braunschweig 1879. Sid. 508.

[2]) HENLE, anf. St., S. 203.

eftersom Rödderne af accessorius i Egnen af Pyramidekrydsningen samle sig med de Bundter af Sidesträngene, der ere bestemte for Krydsningen.

Vi skulle se, om der blandt Tilfäldene af »spasmodisk torticollis» findes nogle, der kunne tale for, at Sygdommens Årsag sidder i medulla (spinalis eller oblongata).

Det eneste Tilfälde, ved hvilket der var Lejlighed til at undersöge Spörgsmålet patologisk-anatomisk, er Nr 9 (RIVINGTONS Patient), der döde 9de Dag efter Operationen. Der noteres fölgende: »medulla, som forekom Dr. SUTTON og mig selv sklerotisk i den cervikale Del, blev opbevaret af Dr. S. for at undersöges mikroskopisk — — — men den gik tabt og Meddelelsen om dens Tilstand vil aldrig se Lyset».

Vi må da söge til vore Sygehistorier for at se, om nogle af disse tyde på, at Sygdommens Årsag kan sidde i medulla.

Iblandt de Tilfälde, vi have meddelt ovenfor for at belyse Årsagen til Sygdommen, forekommer det mig, at Nr 2, Nr 26 og Nr 27 (omtalte S. 18) kunne anföres som Tilfälde, hvor Lidelsen har haft Säde i medulla; her er det et trauma, der har indvirket på Halsen. Dog må bemärkes, at Nr 2 tillige havde en Affektion af Ansigtsmusklerne (ängsteligt Udtryk — sardonisk Smil), hvilket leder Tanken hen på, at det muligt er en central Lidelse. Hos Nr 44 (vor Pat. Gustavsen) har trauma af medulla rimeligvis også haft sin Del i Lidelsens Opståen; men her er tillige Komplikation med Alkoholisme. Nr 6 og Nr 42 (se S. 19 og 20), opförte som professionelle Spasmer, og derfor måske at henföre til trauma, forekom mig også at kunne henföres til Lidelser af selve medulla (Manien hos Nr 42 kan forklares som indirekte betinget af den spasmodiske torticollis). Det forekommer mig også, at den Omständighed, at alle disse Patienter ere blevne så godt hjulpne af Operationen, kan tages til Indtägt for den Teori, at det er medulla, der har väret Sädet for Lidelsen, i det man da må tänke sig, at Sträkningen har virket på de forandrede Tilstande i medulla.

Om den Omständighed, at man hos Nr 33 (se S. 14) kunde standse Spasmerne i venstre Side ved at komprimere höjre nerv. accessorius, kan tages til Indtägt for, at Lidelsen her har haft Säde i medulla, skal jeg lade väre ubesvaret; Nr 3 (se S. 14 og 21), der kunde standse sin Spasme ved at klemme om sternocleido-mastoideus, kan näppe siges at have haft sin Sygdoms Årsag i medulla.

Nr 32 (se S. 22) forekommer mig at kunne siges at have haft en Lidelse af medulla eller dens meninges, eftersom Sygdommen synes at have haft en descenderende Tendens; — men det er jo for övrigt dristigt at udtale denne Mening, når man ikke har mere detaljerede Oplysninger om Patienten end de ovenfor meddelte. I det hele er det her sagte om medulla som Sygdommens Säde jo kun Formodning. At Spasme af Halsmusklerne *kan* opträde ved Medullalidelser, kan jo dog ikke betvivles; fra Literaturen skal jeg anföre, hvad jeg har kunnet finde derom:

Fra ALTHAUS skal foreligge et Arbejde, der viser, at Spasmer og torticollis kunne opträde som Symptom ved Sygdomme i medulla's laterale columnæ; den angivne Kilde i Brit. med. Journal 1872, I. S. 48 er ikke rigtig; det har ikke väret mig muligt at finde Artiklen andre Steder.

ERB[1]) anförer, at man kender Accessoriuskramper ved forskellige Rygmarvssvulster, Emollitionsfoci, meningitis m. m.

LABAT[2]) meddeler om Wry neck depending on a tetanic condition of the right sterno-mastoid muscle together with a spastic state of the trapezius and abdominal muscles of the same side, conseqvent an severe strain of the spine — en Afhandling, der kun er mig bekendt gennem den her anförte Titel.

GOWERS[3]) anförer, at, når Spasmen opträder i én Muskel eller i Muskler, der fysiologisk ikke ere associerede, er det sandsynligt, at den afhänger af en Sygdom i et spinalt eller bulbärt centrum, fra hvilket de pågäldende Nerver udgå.

Vi tro at kunne slutte, at i en Del Tilfälde af »Spasmer i Halsmusklerne» må Årsagen til Sygdommen söges i medulla; men der bliver en Del Tilfälde tilbage, hvor denne Forklaring[4]) ikke slår til; det er alle de Tilfälde, hvor andre Muskler end Halsens, således särligt Ansigtets og Overextremitetens Muskler også ere Säde for Spasmer. I sådanne Tilfälde bliver det rimeligst at söge Sygdommens Säde i *cerebrum*, at betragte Spasmerne som et Udslag af Lidelse i et *kortikalt centrum.*

---

[1]) Anf. St., S. 289.

[2]) Dublin. med. press 1844, XI, 117.

[3]) Anf. St., S. 669.

[4]) Man må jo i övrigt undre sig over, at vagus ikke viser Tegn til at väre afficeret; det taler imod Medullalidelse.

Blandt vore Tilfälde forekommer följende mig at kunne henföres til denne Gruppe. Nr 18 (se S. 18) har fået et alvorligt vulnus på Hovedets bageste Del; trauma af Hovedet spiller *måske* også en Rolle hos Nr 43 (vor Pat. Graff, der bestemt forekommer mig at måtte have en Cerebrallidelse). Nr 3, 16, 9 og 37 ere Patienter, som forekomme mig at kunne henföres til denne Gruppe, fordi Ansigtets og Overextremitetens Muskler tillige ere angrebne.

Man bör dog erindre, at trauma af Hovedet også kan give Anledning til Läsioner af medulla oblongata og spinalis. DURETS [1]) meget smukke Forsög, der ere illustrerede rigt i hans Värk om dette Spörgsmål, forekomme mig meget overbevisende.

Som et Exempel på trauma af Hovedet som Årsag til spasmodisk torticollis anförer jeg FOURNIERS [2]): höjresidige Halsspasmer efter Fald på venstre Tinding — en Afhandling, der des värre kun er mig kendt gennem dens Titel.

GOWERS har flere Gange [3]) set Spasmen optråde en eller to Måneder efter et Fald og udtaler sig til Gunst for den Mening, at man ofte må tro, at det er Nervecellerne i de höjere, kortikale centra, der lide; dette gälder väsentligt de Tilfälde, hvor Affektionen rammer Muskler, der ere sammen om at udföre en Bevägelse, endskönt de innerveres fra forskellige Nerver; det er sandsynligt, at en sådan Spasmus beror på forögct Virksomhed i et centrum, der mere repräsenterer Bevägelserne end selve de enkelte Muskler. Den fysiologiske Association af Muskler er isär tydelig ved Kontraktionen af mm. frontales ved Spasmer af Nakkemusklerne; mm. frontales innerveres fra Facialiskärnen i pons, Nakkemusklerne for störste Delen fra Rygmarven. Det er jo sandsynligst, at en sådan associeret Spasme udgår fra Kortikalcentrerne. Men hvis Spasmerne afhänge af en kortikal Lidelse, findes der i Regelen en med Hovedets Bevägelse konjugeret Bevägelse af Öjnene (hvilket også findes ved de Spasmer, der betinges af Irritation af pons Varolii, [4]) i hvis nederste Del man mener, at centrum

---

[1]) DURET: Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux. Paris 1878.

[2]) FOURNIER: Le Tic rotatoire. Thèse de Strasbourg 1870.

[3]) Anf. St., S. 662 og 669.

[4]) Hvor megen Andel Lidelser i pons i det hele have ved de Tilfälde, hvor man har Grund til at formode, at medulla er angreben, er mere end svärt at afgöre; de fysiologiske Forhold ere vel näppe helt kendte.

for Hovedets Rotation er beliggende) — hvad der ikke er Tilfäldet ved den spasmodiske torticollis, der afhänger af de »nedre» centra, dem i medulla. Om disse Forhold findes ingen Oplysninger i vore 44 Tilfälde; vor Pat. 43 (Graff) syntes ikke at väre tvungen til at beväge Öjnene i en bestemt Retning, — og her var Sygdommen dog vist nok kortikal.

Oftalmoskopiske Undersögelser synes ikke at väre foretagne i de offentliggjorte Tilfälde. Hos vor Patient Graff var Öjegrunden normal.

OPPENHEIM [1]) udtaler ganske kort, at Patologien af Spasmen i Halsmusklerne er en Irritationstilstand i Nervekärnerne eller Nervecentrerne; han anser det for sandsynligt, at Kortikalsubstansen og navnlig den Zone af samme, der indeholder centrum for Halsmuskulaturen, som oftest er Udgangspunktet for Lidelsen, og at Krampernes Väsen må söges i en, som oftest nedarvet Labilitet af disse centra.

Dette centrums Beliggenhed må kanske söges i FERRIERS [2]) Area 12. Vi henvise i denne Henseende til det Billede, der findes i FERRIERS Bog.

Af hvilken Art den kortikale *Lidelse er*, kan kun väre Genstand for Formodninger, således som det også gälder for »Skrivekrampen» (der jo er omtalt som tilstedevärende hos flere af vore Patienter) og andre »Beskäftigelses-(professionelle) Nevroser». I denne Henseende kunne vi henvise til det fine Syn på disse Lidelser, som GOWERS har.

Også for de Tilfälde, hvor man kan skönne, at Sygdommen har Säde i medulla, må man nöjes med Formodninger om Lidelsent Art. Det hele Billede forekommer mig at ligne *Atetose*, — men det er jo ingen Forklaring. Ved de Tilfälde, hvor et trauma må antages at väre förste Ophav, er det jo rimeligst at tilskrive Blodextravasatets Resters Irritation på Nervecellerne, Hjärne- eller Rygmarvshinderne eller måske på selve Nervestammerne ved deres Udträdelsessted en Rolle.

Ved Lidelser af anden Oprindelse end trauma bliver det end vanskeligere at gätte.

---

1) Anf. St., S. 765.

2) FERRIER: The localisation of cerebral disease. London 1878, S. 58 e. s. (illustr.).

Forkölelse, som vel har spillet en Rolle hos Nr 4, virker vel ved at forandre Cirkulationsforholdene og herigennem give Anledning til irriterende Exsudater. *Intoxikationer* (*Alkohol* Nr 44; hos Forfatterne findes *Metalforgiftninger* også opförte), *malaria*[1]) og *influenza*[2]) kunne fremkalde spasmodisk torticollis, men ingen véd vel, hvorledes; ved disse sidste Former kunde man dog tänke på Tilstedevärelsen af en *neuritis*. Vor Pat. Nr 34 med febr. typhoidea må man jo tro, har en lokaliseret Tyfusbacilproces?

Der vil dog altid blive en Del Tilfälde tilbage, hvor alt Håb om en Forklaring strander; sådanne Tilfälde ophobes i den store Gruppe: *funktionel Nevrose* eller *Hysteri;* til disse synes det mig, at vor Pat. Nr 17 kan henföres.

Jeg tör, som nävnt i Indledningen til denne Meddelelse, ikke begive mig videre på disse Hypotesers Område. Hvad der fornemmeligst har väret mit Mål, er at söge oplyst, om man gennem de med Operation behandlede Tilfälde kunde nå til en mere detaljeret Kundskab om den spasmodiske torticollis og dens Behandling.

Jeg tror at kunne samle mine Studiers Resultat i fölgende Bemärkninger:

Den spasmodiske torticollis er en Sygdom, der opträder under höjst forskellige Billeder, fordi mange forskellige af Halsens Muskler, innerverede fra forskellige Nerver (nerv. accessorius og cervicales, väsentligst I og II) ere Säde for Spasmer; det må särligt fremhäves, at de af Cervikalnerver innerverede »dybe bageste Halsmuskler» meget ofte ere Säde for Spasmer. Ikke själdent ere Muskler på bägge Sider af Halsen angrebne; stundom tillige Overextremitetens Muskler på samme eller på den modsatte Side. Der er ikke Grund til at tro, at de Nerver, der forgrene sig til de af Spasmer angrebne Muskler, ere lidende (skönt det i nogle Tilfälde kan tänkes at väre Tilfäldet), men snarere Grund til at formode, at Sygdommens Årsag sidder i de lavere liggende Centrer (medulla spinalis, medulla oblongata) eller i de höjere liggende Centrer, i cerebrums kortikale Substans.

Af hvilken Art den egentlige Årsag til Sygdommen er, kan ikke siges; sandsynligt er den forskellig i forskellige Til-

---

[1]) Holt: The med. record, Maj 1885.

[2]) Oppenheim, S. 762.

fälde; trauma synes i nogle Tilfälde at spille en Hovedrolle; som det andet Yderpunkt er der Tilfälde, hvor man må gribe til Begrebet »funktionel Nevrose», »Hysteri» som »forklarende».

Kun i et forsvindende Antal af Tilfälde synes Medikamenter og anden, ikke operativ Behandling at gavne; af sådanne Midler synes Derivationer, särligt med ferrum candens, värd at forsöge. Sikkert synes derimod kirurgisk Indgreb på nerv. accessorius at have gavnet en stor Mängde Tilfälde, der havde modstået al anden Behandling og stundom havde varet i särdeles mange År. Skönt Sträkning alene af Nerven i nogle Tilfälde har haft godt Resultat, synes det dog rigtigst at foretage Sträkning med påfölgende Excision af et 2 til 3 Cm. langt Stykke af Nerven. En Forklaring af denne Operations Virkemåde er ikke at give; lettest at forstå er den gode Virkning i de Tilfälde, hvor man må formode, at et trauma, med Blodextravasater og disses Fölger, har väret Årsag til Lidelse af Nerven eller af medulla, vanskeligst at forstå i de Tilfälde, hvor en kortikal Cerebrallidelse må formodes at väre Årsag. At tänke sig dens Virkning som »psykisk» forekommer lidt overdrevet, da Patienterne ofte have gennemgået ganske anderledes »stärke Kure», som f. Ex. Overskäring af Muskler.

Det er gentagne Gange observeret, at der efter Operationen på nerv. accessorius er blevet tilbage Spasmer i Muskler, der innerveres af Cervikalnerver, särligt af 1ste og 2den, og Operation (Sträkning med påfölgende Resektion) på disse har da helbredet Patienten. Man bör derfor för Operationen söge at få nöje oplyst, om der ikke er Grund til at operere så vel på nerv. accessorius som på Cervikalnerverne.

Disse Operationer synes ikke at medföre Fare eller uheldsvangre Fölgetilstande.

Tabel over Tilfälde af »spasmodisk torticollis», behandlede ved Operation på nervus accessorius.

Löbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemärkninger.
1	BUJALSKYI 1834.	M.	Krampeanfald fra *bägge* nervi accessorii.	Resektion af *bägge* accessorii, der, hvor de gennembore överste Del af st.-cl.-mast.	Godt; men 1836 fortäller HARDER til STROMEYER[1]), at der kom Recidiv.	Unterbindung beider nervi accessorii. Drugh zdrawia (Sundhedens Ven) 1834. St. Petersborg. Nr. 26. S. 201. C. v. Gräfes und Walthers Journal der Chirurgie. Berlin 1835. Bind 23. S. 334.
2	CAMPBELL DE MORGAN 1862.	M. 32 År.	Oktober 1860 kastes han om af en tung Stige, han vil löfte; hans Hals böjes under den (måske nogle Måneder forud Tendens til Kasten af Halsen til en Side). I December 1860, altså 2 Måneder senere, Spasmer, der i Löbet af nogle Uger göre ham arbejdsudygtig. 1861, 29 Januar, Middelesex Hosp. *Hovedet til höjre* og h. Skulder altid löftet; Hagen drejet til *höjre* — derfor splenius, obliqv. inf. og rectus post. magn. med i Lidelsen. *Ansigtsmusklerne*	Februar 1862. Resektion af *venstre access.*, 1/4 (engelsk) Tomme af Stammen, efter at han gennem Incision, svarende til Midten af bageste Rand af Musklen, havde dissekeret Fibrene af Nerven i Musklen og gennemskåret dem. Det er Trapeziusgrenen, der skal findes först; så går man opad til den fälles Stamme.	God Heling. Strax Virkning. 3 Måneder efter Operationen godt. 3 År senere: Ingen Spasmer; kun af og til en let Dirren af Hovedet til höjre med lidt Bevägelse af Öjnene. Paralyse af sternocleido og trapezius p. p.	CAMPBELL DE MORGAN. Brit. and Foriegn med.-chir. Review. 1866. XXXVIII. Art. III. Cit. ordret af NOBLE SMITH. Spasmodic wry neck. 1891. S. 31. Al Slags Behandling forgäves (S. 33), også Tenotomi af Sternalportionen. Aparte Billede = mange Muskler angrebne. Forf. tror, at det er Reflexirritation, i Almindelighed central Lidelse. (*Jeg: Man kan dog tänke sig en sådan påvirket ved sekundär Dege-*

[1]) STROMEYER: Beitr. z. operativen Orthopaedie. Hannover 1838. S. 140.

Löbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemärkninger.
			lide — Ängstelse — sardonisk Smil. Smerter. Spasmer kunne väkke ham. Columna normal. Sandsynlig Lidelse af nerv. accessor., abducens oculi og Grene af nervi cervicales I og II, rimelig Reflexvirkning fra dybt siddende Irritation, måske i Spinalkanalen. Muligt direkte Irritation i Nervecentrerne.			*neration opad af den resecerede Nerve*). *Trauma Årsag. Kombineret Tilfälde.* Mon ikke Lidelse af pons (abducens oculi)?
3	CAMPBELL DE MORGAN 1867?	M. 38 År.	Af og til Hovedpiner og choreaagtige Bevägelser af *höjre Arm og Hånd fra Födslen af*, generende ved Skrivning o. l., men ikke ved stärkt Arbejde. Han plejede, når hans Hovedpine var slem, at bade Hovedet i koldt Vand. En Dag, *da han arbejdede i Regn og Snevejr, fik han Kulde i Ryggen, og Hovedpinen kom stärkt;* da han tog koldt Hovedbad, märkede han en »slående» (pulling) Fornemmelse på *höjre* Side midt imellem proc. mastoid. og protuberantia occipit. Fra nu af, d. e. for 18 Måneder siden, har han haft spasmodisk Lidelse af Hovedet.	Resektion af et Stykke af *venstre* accessorius.	Spasmerne i v. sternocleido standsede; men de bageste Rotatorer på h. Side påvirkedes ikke. N. SMITH mener, at Forf. tillige skulde have opereret på de bageste Grene af Cervikalnerverne.	Samme. Lancet 1867, 3die August. Cit. ordret af NOBLE SMITH smst. S. 39. Chorea fra Barndommen. Neuralgipunkt i Nakken. Både h. og v. Side lidende, men forskelligt.

			I Hvile er Spasmen kun ringe; men så snart han begynder at röre Ryggen eller at gå, drejer Hovedet til höjre, stärkere og stärkere, og nedad til den modsatte Side (altså imod v. Skulder (altså v. sternocleido sp.). Smerterne herved ere stärke, og han må stå stille og sätte Hovedet ret mod Händerne. Smerten er intens på det enkelte Punkt i Nakken; her er altid nogen Svulst og Ömhed. Forf. finder *venstre* sternocleido og *höjre* trapezius rigide; venstre trapezius fejler intet. Nogle af de dybere Muskler ere sandsynligt også angrebne. Holdes Armene over Hovedet, eller klemmer han om venstre sternocleido, kan han gå uden Spasme. Slipper han, får han strax Spasmer og häftige Smerter.			
4	JOHN WOOD.	M.	Ingen Detaljer kendte.	Operation; men om Sträkning eller Resektion, vides ikke; muligvis Resektion. Tilligestift Halsbind.	Bedring.	Brev-Meddelelse til JOHN OGLE i: Spasmodic-contraction of the muscles of the neck. Transactions clinical society. London 1873. VI. S. 116. Ref. hos NOBLE SMITH S. 27 og PETIT S. 282. WOOD kan ikke selv huske, hvor det er meddelt, men antager, det findes imellem Beretninger om Operationer i

Löbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemärkninger.
						The medical times and gazette. Ubrugelig.
5	JOHN WOOD.	Pige.	D:o.	D:o.	Helbredet. W. så Pat. 3 à 4 År efter Operationen; hun var da voxen og havde lige Hals.	WOOD. Ubrugelig.
6	ANNANDALE 1878.	Kv. 24 År.	Väverske på Maskine; må dreje Hovedet til höjre og venstre, mest til venstre. Efter et usädvanligt strängt Arbejde fik hun stadigt ubehagelige Fornemmelser i Nakken og af og til Spasmer — det udviklede sig til udtalte venstresidige Spasmer. 7/2 78: Hun sidder med Hovedet drejet til venstre og sänket ned imod den löftede venstre Skulder, stötter Hovedet med v. Hånd og ser over v. Skulder. Beväges Hovedet, da begynde Spasmerne; Hovedet vil altid til venstre. Rolig i Sövn. Smerter. De lidende Muskler ere: obliqv. inf. sin., rectus capitis post. major og splenius, der rotere Hovedet til v., og v. sternocleido	Snit fra proc. mast. langs forreste Rand af v. sternocleidomast. Venstre nerv. accessorius *sträkkes*, Silkeligatur lägges löst omkring den; da det ikke hjalp, gjordes *näste Dag Discision* af Nerven (ikke Resektion), og de 2 Ender skiltes fra hinanden.	Bedring få Timer efter Discisionen. Set i Marts 1879, 1 År efter Operationen: helt rask, har dog atter arbejdet ved Maskinen i nogen Tid. Nu gift. Musklerne ere, som alt övrigt på Halsen, normale (ikke paralyserede.)	Lancet 1879. I. S. 555. »Case of spasmodic wry neck succesfully treated by discision of the spinal accessory nerve, after failure af stretching.» Diagnose: *Poorés* »chronic fatigue or irritable weakness» af de to hinanden modvirkende (opposite) Muskelgrupper, der brugtes mest af Pat. Vilde man sikkert fremkalde de kloniske Spasmer, behövede man kun at lade hende udföre de raske Drejninger af Hovedet. Hun holdt Hovedet i den omtalte Stilling for at slappe bägge Grupper samtidigt. Drejningen til venstre slapper de små Muskler; Sänkningen til v. Skulder slapper st.-cleido og trapezius.

			og trapezius, der sänke Hovedet imod v. Skulder og rotere det til höjre. De kloniske Spasmer skyldtes den vexlende Virkning af disse 2 Muskelgrupper.			*Strākning hjälper ikke? Kun 1 Dag set!*
7	ANNANDALE 1891?	?	?	?	Godt Resultat.	Näppe offentliggjorte. Omtalte af ANNANDALE i Edinburgh med. journal April 1891. S. 883. Cit. her efter PETIT. S. 283.
8	COTTERILL 1891?	?	?	?	D:o.	
9	RIVINGTON 1876.	Kv. 58 År.	Spasmodisk torticollis på v. Side i 18 Måneder. Et Slags Skrivekrampe i v. Arm i flere År. V. Stelmast. bliver meget hård, v. trapez. lidt hård ved Bevägelserne. Ved Returbevägelserne kontrahere de samme Muskler på höjre Side sig. (PETIT.)	$^{7}/_{2}$ 76: Langs bageste Rand af st.-cl.-mast. på venstre Side Resektion af Stammen, för den träder ind i Musklen. *Konstant Ström* for at väre sikker på, at det er den.	Efter at hun er vågnet, er der Spasmer, der ikke skyldes v. st.-cl.-mast., men de bageste Muskler på Halsens *höjre* Side. *Höjre splenius er spändt.* De fölgende Dage aftage Spasmerne. $^{16}/_{2}$: Forhöjet Temperatur. $^{20}/_{2}$: Erysipelas. $^{26}/_{2}$: *Död.* Spasmerne vedvare til Döden.	Meddelelsen her efter PETIT, S. 283, der rimeligvis har den fra Brain 1882. IV. S. 257, og som omtaler Referatet af R. selv i Lancet 1879. I. S. 213 som ikke komplet. R. siger selv her: Sternocleido viste ikke senere Kontraktioner; derimod var der »some movements» fra »splenius capitis etc.» på den modsatte Side i 1 eller 2 Dage; da standsede de og kom ikke igen. Pat. syntes helbredet; da kom den dräbende erysipelas. HUGHLINGS JACKSON optog Sygehistorien og sendte Pat. til Rivington til Operation; H. J. har Journalen. *Medulla*, der af R. og SUTTON syntes *skleroseret* i pars cervicalis, blev af SUTTON gemt til

Löbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemärkninger.
						mikroskopisk Examination, men er bortkommen.
10	TILLAUX 1882?	Kv. 32 År.	18 Måneder syg. *Häftig Sindsbevägelse.* $^2/_2$: *Resektion* af portio sternalis af stclmast., der syntes mest angreben; ingen Virkning. 18 Måneder senere, efter Konsultation med *Vulpian*, Resektion af n. spinalis.	Resektion efter TILLAUX's Metode.	God Bedring 6 Uger senere. Men senere Meddelelse til PETIT, at det atter blev lige så dårligt som för Operationen.	Tribune médicale 1882. S. 77. Bull. Acad. de méd. 1882. S. 15. Her citeret efter Bull. et mém. Soc. de chir. 1886. S. 809 (i T's Rapport af SCHWARTZ's Tilf.) Skal også stå i Gaz. d. hôp 1882. S. 109. Var efter VULPIAN en torticolis fonctionel. Der var, siger TILLAUX, hverken Retraktion eller Kontraktur. 3 År efter Resektionen (i 1885) ingen Forskel fra för Operationen.
11	SANDS 1882.	M. 39 År.	I 9 Måneder klonisk höjresidig t. spasm.	Snit ved *forreste* Rand af st.-cl.-mast. (Han finder Snittet ved bageste Rand uheldigt; har prövet det.) $^1/_4$" af Nerven reseceret.	Strax Ophör af Kontrakt. af st.-cl.-mast., men ikke af torticollis, der vedligeholdtes af Kontraktur af splenius. Langsom Fremgang. Nästen helt helbredet efter 6 Måneders Forlöb.	Annals af anat. a. surgery. 1888. VIII. S. 277. Cit. efter PETIT. S. 284. (Ref. hos NOBLE SMITH efter en anden Kilde. S. 40, synes upålideligt.)
12	SANDS 1883.	? 31 År.	Klonisk venstresidig t. spasm. i 4 eller 5 Måneder; senere tonisk, efter at der var gjort punktuelle Kavterisationer langs Musklen.	$^2/_5$" reseceret ved Snit langs *forreste* Rand.	Paralyse af st.-cl.-mast. Forbigående Kontraktion af splenius og andre Muskler på den opererede Side. Helbredet.	Samme Kilder.

13	Ballance 1884?	Kv. 48 År.	*Infantil Paralyse* af h. Underextrm. Gift i 11½ År. Aldrig gravid. 18 Måneder efter Giftermålet begyndte Spasmer i Halsen, der drejede Hovedet til v. Skulder. I de sidste 10 Måneder meget syg; dårligt situeret på Grund af Spasmen, *der også hindrede Sövnen.* Behandl. af Läger i 12 År! Petit *skriver at der ikke var Spasmer under Sövnen!* Stärk Smerte i Baghovedet, höjre Side af Halsen og *langs Midten af Brystets Forside.* Höjre stcl. stärkt kontraheret; överste Del af h. cucullaris ligeledes. Hun kan ikke dreje Hovedet til höjre; har ikke haft Hovedet lige i 10 År. *Der var ikke Spasmer under Sövnen, men hun sov ikke!* Spasmen ögedes ved Stöj el. lign., og der kom da små Träkninger i Ansigtets og Öjnenes Muskler.	Resektion. 1″ af Nerven excideres, og den proximale Ende sträkkes stärkt.	Spasmerne standsede (ganske?), Smerten svandt. Almentilst. god! Hovedet kan drejes til höjre. Dog er der nogen Rotationsspasme tilbage, som B. henförer til, at bageste förste Forgrening af v. *nerv. suboccipitalis* er udsat for samme Irritation som den dybe »origin of» höjre spinal accessory nerve. *Mikroskopi af Nerven viste intet abnormt.*	St. Thomas Hosp. Reports. 1884. XIV. S. 95. Udförligst hos Noble Smith. S. 42. *Mikroskopi af Nerven* viste intet abnormt. Til cerebral Lokalisation.
14	Jacobson i Slutn. af 70:erne?	Kv. omtr. 40 År.		Venstre n. access. Resektion ved bageste Rand.	Kun temporär Lindring; de andre Muskler bleve Säde for Spasmer.	Brev til Ballance. Cit. efter Petit. S. 286.
15	Thiersch i 80:erne.	M. Orientaler.	»Salaam Krampe» (orientalsk ceremoniel Hilsen) — nodding = böje. Petit skriver: mouvement de tête significant *non.*	*Bägge* accessorii og flere cervikale Nerver på bägge Sider. *Division af Nerverne.*	Med Hjälp.	Brev til Ballance? Se Noble Smith 44 og Petit 286, hinanden til Dels modsigende Beretninger.

Löbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemärkninger.
16	SOUTHAM 1880 og 1881.	Kv. 53 År.	Klonisk Spasme i *v.* stclmast. *og i venstre Arms Muskler.* Symptomerne i 23 År, först i Halsen, *senere* i Armen. Også »de dybere Halsmuskler». Ikke rolig et Öjeblik. God Almentilstand. Hovedet drejes til höjre Side; venstre Öre närmes til Skulderen, Hagen i modsat Retning. Hun kan ikke rette Hovedet eller se over venstre Skulder.	Nerven sträkkes 7de Oktober. Excision 10de Marts, vel 1881, af omtr. 1''. Den er atrofisk og skör på det tidligere opererede Sted. Han fik ikke excideret ovenfor det Sted, hvor den endnu giver Grene til st.-cl.-mast. Derfor måske det uheldige Resultat.	Bedring; men Spasmerne svinde ikke helt; efter 4—5 Uger er Tilstanden som forhen. Dog kan kun dreje Hovedet til bägge Sider! Excision i Marts hjälper ikke.	S. on nervestretching with particulars on three cases. Lancet 1881. II. S. 369. *Sträkning alene hjälper ikke. Senere Excision.* *Mikroskopi* (LARMITH): Proliferation af Nevrogliets Bindevävselementer. De primitive Skeder af Nervefibillerne ere fortykkede. Proliferation af deres nuclei. Medullärskeden af nogle tubuli er meget fortyndet, i andre helt svundet, så at der kun resterer Axecylinderen; denne er sund. Alt dette skyldes Sträkningen (smlgn. Quinquauds Mikroskopi af sunde Nerver, på hvilke der er gjort Sträkning). Incision ved *bageste* Rand; 2 Pincetter på og Sträkning af mellemliggende Stykke og stärk Träkning opad og nedad.
17	SOUTHAM 1880.	Dreng 14 År.	Klonisk Spasme i höjre st.-cl.-mast. Der var korte Perioder af Ro. *Også* Spasmer i de dybe bageste Muskler af Halsen og i *bägge Arme* (kloniske.) *Släbende Gang, især af venstre Underextremitet.* **Sindsaffekter foröge**	*Sträkning* 23de Oktober. (*Metoden se Anm. til 16.*)	Hjälper, men kun i 6 Uger. Nu i Maj 1881 fortäller han, at han kun har Spasmer med lange Mellemrum og især, når hans Opmärksomhed henledes derpå.	Smstds. *Sträkning hjälper kun i 6 Uger, d. e.: hjälper ikke. 4de Maj 1881 har han det dog bedre! Ved Sträkningen Bråkning* — Forb. med Vagus (Narkosemiddel?) ***Ikke Excision.***

			Spasmerne i Hals, Arme og *truncus*. Skal han spise og drikke, må han stötte Nakken med venstre Hånd; ellers kunde han vanskeligt bringe Maden til Munden med höjre Hånd. Syg i 10 År, först i Halsen, senere det övrige.			
18	SOUTHAM 1883.	M. 27 År.	18 Måneder forud alvorligt *vulnus af Hovedets* bageste Del (Okt. 1880). Intens Spasme af venstre st.-cl.-mast. og trapezius.	Excision. Snit ved forreste Rand 9/2 1883. 1/3" exkideres. Lidt Suppuration. Övelser i at holde Hovedet til höjre.	3 Måneder derefter er Hovedet lige og Bevägelserne frie. Helbredelsen konstateret 2 År efter Operationen.	Brit. med. journal 1885. II. S. 59. Cit. efter PETIT. S. 286. Trauma.
19	SOUTHAM 1885.	M.? 21 År.	Höjre st.-cl.-mast. og de dybe Halsmuskler på samme Side. Syg i 6 Måneder.	Excision.	Spasmerne af sternocleido opböre, men de af de dybe Halsmuskler vedblive; men de ere mindre betydelige, og Hovedet kan holdes lige ved en Bandage.	Smstds. Cit. smstds. S. 287.
20	SOUTHAM ?	M. 55 År.	*Bägge* Sider i 4 Måneder.	Excision på *bägge* Sider.	Paralyse af sternocleido på bägge Sider; dog ikke Hjälp i flere Uger. *Senere* blev han helt rask.	Smstds. Cit. smstds. S. 287. *Bägge* Sider.
21	SOUTHAM 1889.	Kv. 31 År.	Höjre st.-cl.-mast. Smerter. 6 Måneders Varighed. Tonisk Spasme. Kommet successive. Höjre Öre trukket ned mod Skulderen.	Snit ved forreste Rand. 1/3" exkideret.	18 Måneder senere nästen Helbredelse. Hovedet er lige, og Spasmen kommer kun efter meget ansträngende Arbejde.	Brit. med. journal 31 Januar 1891. S. 222. Cit. Revue d'orthopédie, Marts 1891, S. 142 og PETIT S. 287.

Löbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemärkninger.
22	SOUTHAM 1890.	M. 35 År.	I 5 Måneder klonisk Spasme af v. st.-cl.-mast., trapezius og *scaleni;* Hovedet er stadig i roterende Bevägelse.	Excision som 21.	6 Måneder senere Bedring; Spasmerne blive själdnere og själdnere.	Smstds. Smstds. Smstds.
23	SOUTHAM 1890.	M. 24 År.	I 3 Måneder samme Forhold som hos Nr. 22.	D:o.	1 Måned senere er Hovedet lige, og hans Tilstand bedres med hver Dag.	Smstds. Smstds. Smstds.
24	SCHWARTZ 1886.	Kv. 26 År.	I 2 År Spasme af venstre st.-cl.-mast., trapezius og levator anguli scapulæ. Smerter. *Häftig Sindsbevägelse som Grund.* Columna cervicalis krum med Konkavitet til höjre.	TILLAUX's Snit. Sträkning med Träk på 2 Kilogram, derpå Resektion af det Stykke, der er trukket ud af Såret, 2 Cm. langt. Venstre Nerve.	Spasmerne i st.-cl.-mast. og trapezius nästen svundne. Hovedet holdes dog sänket imod Skulderen, (Levator anguli scapulæ?), kan dog let rettes ved Bandage. 5 Måneder efter Operation: Bedring, men ikke helbredet. Ikke Smerter. Musklerne på modsatte Side elektriceres og masseres.	*Bull. et mém. Soc. de chir.* 1886. S. 811. *Sandsynlig central.*
25	TERRILLON ? efter 1886.	M. 25 År.	Klonisk Sp. böjende Hovedet til venstre og Ansigtet til höjre d. e. venstresidig. Irradierende Smerter til Hals og Hoved.	Resektion af omtr. 3 Cm.	Der resterer Spasmer, böjende Hovedet til Skulderen, men mindre hyppige, afhängige af cucullaris og de andre laterale Halsmuskler.	*Cit. hos* SCHWARTZ (ikke offlg. a. Steder) *S. 817. Resektion af Facialisgrenen til platysma senere* hjälper heller ikke.
26	NOBLE SMITH 1890.	Kv. 41 År.	Trauma ved Sträkning af Halsen, da hun vilde gå ned i en Båd. Få Uger efter begyndte Spasmen, har nu varet i 16 År! Stärkt for-	6 Marts 1890: Forreste Rand. V. stärk *Sträkning;* hjalp; men 1 Uge efter atter dårligt.	Paralyse af st.-cl. og trapezius, god Lindring for Pat.; Spasmerne godt formindskede. Men *på höjre Side* vedbliver Spasmen,	NOBLE SMITH. S. 47. *Sträkning hjälper ikke.* Bägge Sider — Cervikalnerver på den ene Side. I Lancet for 1893. II. S. 498

			värret den sidste Tid. Okt. 89: Konstant häftig Spasme af venstre st.-cl.-mast. og överste Del af v. trapezius, träkker Hovedet ned imod v. Skulder. *Også* Spasme af splenius capitis og andre Muskler på *höjre* Side. Krumning af columna cervicalis. *Armene* se Afhandl.	22 April 90: *Excision* af $^1/_3$". 28 Maj 90: Opereret på *höjre* Side på de *bageste Grene* af Cervikalnerverne (se S. 48.)	mest af splenius. Efter Operation på Cervikalnerverne Helbredelse. Kun af og til et Ryk af Hovedet til höjre (de dybeste Rotatorer — nerv. suboccipitalis), — der også tabte sig senere. Hun märker ikke Paralysen af Halsmusklerne. Hun kan ikke löfte venstre Hånd så höjt eller före den så langt bagtil som den höjre. Set 1 År efter Operationen.	meddeles, at *4 År efter Operationen* er hun fuldständig rask. *Trauma.*
27	PAGE 1887.	M. 24 År.	Fald på Ryggen ved Fodboldspil, drejende Halsen stärkt til den ene Side. Blev kört hjem, da han ikke kunde beväge Lemmerne. Efter 2 Dage var der intet aparte undtagen skäv Hals; Bläreparalysen svandt på få Dage, Paralysen af Armene efter 14 Dage. Han kunde genoptage Arbejde. 3 Måneder derefter stöder han Hovedet stärkt imod en Järnstang, falder bagover på Jorden og får Halsen drejet som sidst. Nu holdt Spasmerne sig. 21 Juni, 6 Måneder efter 1ste og 3 Måneder efter 2det Fald, göres der Sträkning af nerv. accessorius. 21 Juli udskrives han.	*Sträkning* af Nerven, hvor den fra st.-cl. löber hen imod trapezius.	Efter Sträkningen holdt der sig en Tid lang kloniske Spasmer af st.-cl.-mast.; men senere (Juni, men det må väre galt) »fri for Deformitet, godt Helbred, kan arbejde».	Brit. med. journal 4 Febr. 1888. Cit. efter NOBLE SMITH. S. 24. *Kun Sträkning.* *Trauma.*

Löbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemärkninger.
28	HANSEN ?	Kv. 32 År.	I 6 Måneder spasmodisk Torticollis.	Ved bageste Rand. Stärk Sträkning og Excision af 12 Mm.	Spasmerne ophörte.	Cit. efter NOBLE SMITH. S. 41 som quoted by FENGER and LEE. N. SMITH har den fra BOWLBY: Injuries and diseases of the nerves.
29	HANSEN ?	Kv. 30 År.	I $1^1/_2$ År spasmodisk Torticollis.	D:o d:o 13 Mm.	Lette Spasmer i en Måned, derefter Helbredelse.	Smstds. Smstds.
30	BOWLBY ?	?	?	*Sträkning* alene.	**Först Bedring; men få Uger senere var Tilstanden som för Operationen.**	Smstds. SMITH omtaler det som meddelt i Rev. des sc. méd. 1884. XXIV. S. 298. *Kun Sträkning.*
31	HARDIE 1884?	?	Spasmodisk Torticollis.	Sektion of the spinal accessory nerve.	Successfully treated.	Cit. efter N. SMITH. S. 44 som meddelt af Manchester medical society. 1884 April.
32	NICOLADONI 1881.	M. 27 År.	For 14 Måneder siden Smerter i Halsen, 2 Måneder derefter stärke Spasmer, der träkke Hovedet bagtil og til venstre. I de sidste 7—8 Måneder kan Hovedet kun bringes fortil ved Händernes Hjälp og ved at löfte v. Arm. Juli 81: Fri om Natten; om Dagen stadigt kloniske Kramper med Hovedet stärkt bagover, böjet til venstre og drejet til höjre. Skuldrene häves sam-	Forreste Rand. *Sträkning.* 1ste Aug. 1881.	Dagen for Operation begyndte Spasmerne på ny, men med längere Mellemrum; näste Dag stärkere. 3dje Aug. var Tilstanden som för Operationen. 10 Aug.: Anfald af Spasmer i Bugväg og Ryg. (Mm. recti og sacrospinalis spändte.) — Bad. Januar 1882 uforandret.	Wiener med. Presse 1882. Nr. 27—30 og 32. Cit. efter Ctrbl. f. Chir. 1882. Nr. 43. S. 707. *Kun Sträkning.*

			tidigt. Venstre st.-cl.-mast. og cucullaris föles stärkt spändte.			
33	v. MOSETIG MOORHOF 1880.	M. 56 År.	I omtr. $^3/_4$ År *Nakkestivhed*, hvortil der snart efter kom Spasmer i *venstre* st.-cl.-mast., cucullaris og platysma. Fri i Sövn. V. Öre närmes v. Skulder. Hagen slynges over til höjre Side. Spasmerne särligt stärke, når Pat. iagttages eller er »aufgeregt». *De kloniske Kramper standse strax, når man komprimerer höjre* nerv. accessorius; blive borte, så länge Kompressionen varer. Kompression af Udträdelsesstedet af *venstre* accessorius har derimod ingen Indflydelse!!	Bageste Rand. *Venstre* accessorius *sträkkes* först på Sonde, så med Finger, centralt og perifert. — Strax efter Kramper. Kompression af höjre accessorius standser dem. Derfor igen Narkose og *Sträkning af höjre accessorius.*	Da Pat. vågner, ere Spasmerne strax til Stede, stärkere end nogensinde, men kunne strax standses ved Kompression af *höjre* accessorius. Derfor strax Narkose igen og Sträkning af höjre accessorius. Da hun vågner, står Hovedet stille. I de fölgende Dage atter Spasmer, men mindre häftige. Ud 6 Juli 1880: da kun själdne og svage Spasmer. I Januar 1881 ingen Spasmer.	Collum obstipum spasticum. Dehnung beider nn. recurrentes Willisii. Heilung. Wiener med. Presse 1881. 27. Cit. efter C. f. C. 1882. 1. S. 13. *Kun Sträkning. Bägge Nerverne. Kompression af höjre n. access. standser Krampen i v. Side.* (Smlgn Nr. 37.)
34	STUDSGAARD 1878.	Kv. 31 År.	Som Barn skrofulös. For 4 År siden behandlet for lupus nasi. Kort Tid efter for febr. typhoidea: under Rekonvalescensen efter denne begyndte uafladelig uvilkårlig Drejning af Hovedet, som altid er tilstede, undtagen når hun sover, og som ofte hindrer hende i at falde i Sövn. På Alm. Hosp. Bromkalium og Galvaniseren, hvorved en kort Tid Bedring; men så atter dårlig. Sädebade hjalp også	$^{30}/_3$: Bageste Rand. Sträkning med temmelig betydelig Kraft i central og perifer Retning. Excision af et 12 Mm. langt Stykke; den ser naturlig ud. Sträkningen foretages med Skelehage; så stärkt, at Hovedet bevägedes derved. Hvilken Nerve? Rimeligt höjre.	Da hun vågnede, vare Spasmerne temmelig stärke; $^1/_4$ Time senere ophörte de og indfandt sig ikke mere. Udskreven 20 Sept. Omtr. $^1/_2$ År efter Operationen: de aktive Bevägelser normale. Både st.-cl. og cucullaris kunne träkke sig sammen. St.-cl.-mast. er hypertrofieret. Spasmerne fuldständigt ophörte.	TAGE HANSEN. 2 Tilf. af Nervesträkning af nervus accessorius. Hosp. Tid. 1878. 45. S. 706. Ingen normal Virkning af st.-cleido. (Hagens Stilling uforandret.) Var det rectus capitis o. a.? Sträkning og Excision hjalp dog! ved Cervikalnerverne? *Energisk Sträkning* giver *ikke Brækning* eller andet.

Löbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemärkninger.
			for en kort Tid; men hun blev atter syg. Pessarium for anteversio uteri. Hovedet er i uafbrudt roterende, klonisk Bevägelse, idet det ved et pludseligt Ryk drejes stärkt over til venstre Side for strax at vende tilbage til Hvilestillingen. Rotationen foregår omtr. 100 Gange i Minuttet. Påskyndes og forstärkes ved Affekt. Bevägelserne foregå i det horizontale Plan. Man kan ikke fuldständigt undertrykke dem ved at holde fast på Hovedet. Ved hver Rotation kontrahere *höjre* st.-cl.-mast. og cucullaris sig tydeligt; de ere stärkt udviklede og spändte. Ved Hjälp af Morfin eller *Vand* kunne Bevägelserne standses omtr. 1 Time. Columna skoliotisk.			
35	STUDSGAARD 1878.	Kv. 30 År.	Klorose i 3—4 År. I omtr. $^1/_2$ År uimodståelig Tendens til at rotere Hovedet til *höjre* Side, så snart hun gör den mindste Legemsbevägelse, således når hun står op; mindre når hun sidder eller ligger. Drej-	$^{29}/_4$ 78: Sträkning og Excision af $1^1/_2$ Cm. af Nerven, efter at den har passeret sternocleido. *Venstre* Nerve. Nerven synes sund.	Ud 15 Dage efter Operationen med tvivlsomt Resultat; men snart efter tabte Kramperne sig, og 15de August d. e. $3^1/_2$ Måned efter Operationen noteres: har genoptaget sine Beskäftigelser. Hovedets Bevägelser ere frie	Smstds.

			ningen tiltager, når hendes Opmärksomhed henledes derpå. Om Morgenen värre end om Aftenen. Af og til Hovedpine, ellers rask. Årsag ukendt; malede en Del, da det begyndte. For *omtr. 1 Måned siden* forsögtes *Tenotomi af st.-cl.-mast. uden Held.* — Der er ikke Smerter. Ved Drejningen af Hovedet til höjre er der tydelig Kontraktion af *venstre* st.-cl.-mast., hvorimod cucullaris kun kontraherer sig lidet. St.-cl.-mast. föles under Kontraktion stärkt spändt og hård, men er i övrigt ikke meget hypertrofieret.		og [illegible] er ikke Kramper. Bevägelser af st.-cl.-mast. og cucullaris naturlige.	
36	APPLEYARD	Kv. 39 År.	4 Måneder syg. Höjresidig.	Forreste Rand. 3/4" rescerede. Höjre Nerve.	Godt Resultat 4 Måneder efter Operationen.	Spasmodic torticol. treated by *neurectomy*. Lancet 1892. 2den Jan. S. 26. Bradford med. chir. soc. 1 Dec. 1891.
37	NOBLE SMITH ?	M. 57 År.	I 6 År meget stärk *dobbeltsidig* Spasme og nästen konstant stärke spasmodiske Kontraktioner af *alle Ansigtsmuskler*.	Den *ene* nerv. accessor. opereret (med Excision.)	*Alle Spasmerne hävede; men* 2 År og 8 Måneder efter Operationen var han kun helt rask på den opererede Side, men atter syg på den ikke opererede Side.	The treatment of spasmodic torticollis by Excision of nerves. Lancet 1893. II. 26 Avg. S. 493. Aparte, at *én* Nerves Excision hjälper for *bägge* Sider, og at det senere kommer igen på den ikke opererede Side. Efter SMITH tyder dette på Progression af den

Löbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemärkninger.
						centrale Lidelse. Offentliggjort andensteds. (Smlgn Nr. 33.)
38	NOBLE SMITH 1892 eller 93.	Kv. 45 År.	I 14 År spasmod. t. »to the right». »The external rotatores »på höjre Side virkede stärkere end venstre st.-cl.-mast. Derfor Operation på de bageste Grene af Cervikalnerverne (på höjre Side) — men måtte opgives på Grund af Narkosevanskeligheder. 6 Måneder derefter Excision af ½" af venstre accessorius.	(Forsög på höjre Cervikalnerver opgives igen.) Excision af ½" af v. accessorius. Senere fjärnes Stykker af 2, 3 og 4de Cervikalnerves bageste Grene på höjre Side. (23 April.)	Spasmen af st.-cl.-mast. häves. Spasmen af splenius bedret; men de dybe Rotatorer uforandrede (u. suboccipitalis ikke rört ved Operation.) (10 Juni). 1½ *År efter Operationen ingen Spasme. Skoliose endnu.* Lancet 1893. II. 493.	Lancet 18 Juni 1892 S. 1361. Spasmodic torticollis and other spasmodic movements of the head. *Disse* N. SMITHs *Tilf. vise vel kun, at Cervikalnerverne tränge ofte til Operation.*
39	NOBLE SMITH 1892 eller 93.	Kv. over 50 År.	Over 14 År (sendt af GOWERS) meget stärke Spasmer. Smerter.	V. accessorius Excision. Blev (vistnok senere) opereret på de bageste Cervikalnerver på *bägge* Sider.	St.-cl.-mast.-Spasme hävet; men Spasmer i bageste Del af Nakken vedblive. 1 År efter Operationen helt fri for Spasmer.	Smstds. (Ubrugeligt Referat af Tilfäldet.) Se mere Lancet 1893. II. S. 494. Her rettes Alderen til over 60 År.
40	NOBLE SMITH 1892.	M. 51 År.	(Sendt af FERRIER.)	Höjre accessor.?	Lindrede ham meget; men der er Spasmer af Halsens bageste Rotatorer, der vist må opereres på.	Se Lancet 1893 (se Titel ud for 37.)

41	PEARE GOULD 1885.	Kv. 28 År.	[illegible] År, begyndt kort efter en når Slägtnings Död, Spasmer af venstre st.-cl.-mast. Havde haft Facialisnevralgi, men aldrig Migräne eller Epilepsi. Ingen andre Musklerlidende. Kunde sove.	[illegible] sträkke og excidere, men ved Sträkningen gav det efter, og han trak en lang Nerve ud af foramen jugulare 4½" (engl.) excideredes! Ingen Ulämper.	Hovedet lige, kan drejes helt til venstre, men kun halvt til höjre. V. sternocleido komplet atrofisk; cervikale Del af v. trapezius tydelig mindre end höjre. 1 År derefter (altså ialt 2 År efter Operationen) godt. Kun lejlighedsvis Träthedsfornemmelser i Halsen.	treated by avulsion of the central end of the spinal accessory nerve. Lancet 1892. I. 18 Juni. S. 1360. Ingen Ulämper af *Evulsion*. Meget stort Stykke excideret. *Taler om 2 Tilfälde, hvor han har* gjort det samme med Vilje; men for tidligt endnu at dömme om Resultatet.
42	Francis 1891.	M. 29 År.	8 Måneder syg. Begyndte som let Spasme, når han havde spillet länge på Trompet (af dem, der träkkes ud), i de sidste 2 Måneder stärke, Dag og til Dels også Nat, måtte opgive at bläse på Trompeten. Meget excitabel Pat.; trode sig forfulgt. Kun höjre st.-cl.-mast. og trapez. lidende af toniske Spasmer med Hovedet draget mod h. Skulder; hver få Minutter et häftigt Ryk dragende Hovedet närmere höjre Skulder — også under Sövnen. Krampelignende Smerter i Musklerne, stärkere ved Excitation. Anorexi og Sövnlöshed, ellers normalt.	Forreste Raud. Kun Division. 20/12 91: Höjre Nerve.	De förste 6 Dage ingen Spasmer. Den 7ende Dag i få Timer lette Spasmer uden Smerter; blev nu stärkt exciteret; 4 Dage efter maniakalsk; kom på Asyl, var her få Dage efter rask. 7/1 92: lidt Spasme i h. st.-cl.-mast. efter at have stirret opad i längere Tid. Musklen var lidt rigid. Få Uger efter begyndte han at bläse på Trompet igen; men da der kom lidt Spasme, opgav han dette Livserhverv til Efteråret 92, da han atter optog Bläsningen — lidt Spasme i Nov. — veg for Bromkalium. Han lärte så Basviol, og nu er det godt. Ingen udtalt Atrofi af Musklerne.	Case of spasmodic torticollis. Section of spinal accessory nerve; recovery. Lancet 1893. II. S. 1184. (11 Nov.) *Division alene.* Årsagen: ved Trompetbläsningen brugte han de senere afficerede Muskler. *Som i Nr. 6.* Det er *Professionelle Nevroser, se* Gowers. Se Poore-Lancet 1873. 11 Okt. og Cocking-Lancet 1892. 2 Jan. S. 26.

Löbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemärkninger.
43	BLOCH Febr. 95.	M. 24 År. Graff.	Godt $^1/_2$ År Spasmer i Musklerne. *Venstre* st.-cl. og cucullaris. Tidligere tremor (klonisk) i h. Arm. Tidligere (efter Ildebrand) Spasmer i Pande og Öjemuskler. Trauma for omtr. 10 År siden.	Forreste Rand: venstre.		Se Afhandlingen. I *Februar 1896* holder han stedse Hovedet lige; kun själdent kommer der et Par Spasmer, der träkke det rask ned, imod venstre Skulder. *Ingen Atrofi af stclmast. eller cucullaris.* Spasmerne i höjre Overextremitet stärkere.
44	BLOCH Juli 95.	M. 48 År.	Höjre. For 2 År siden Drejning af Hovedet til v. med Knäk ved Insertionen af *h.* cucullaris. — Nu *Tic. rotatoire* med Hovedet drejet opad til v. — H. st.-cl. og splenius.	Forreste Rand: höjre.		Se Afhandlingen.

Stockholm, 1896. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. N:r 7.

Bidrag till kännedomen om ryggmärgsförändringar vid perniciös anemi.

Af

Med. lic. K. PETRÉN.

(Från patologiska Institutionen i Lund.)

Med 2 taflor.

Den perniciösa anemien har altsedan BIERMERS meddelanden om den samma (1868, 1872) i hög grad tilldragit sig uppmärksamheten, men nervsystemets anatomiska förhållande vid denna sjukdom har först under de allra sista åren varit föremål för närmare undersökningar.

Visserligen hade LEICHTENSTEIN[5]) redan 1884 meddelat tvänne fall af perniciös anemi, vid hvilka därjämte förekommit en ryggmärgssjukdom, af denne författare uppfattad som tabes, men LICHTHEIM[6]) är den förste, som iakttagit förändringar i ryggmärgen vid perniciös anemi och ansett dem bero på anemien (1887).

Några år efter LICHTHEIMS första meddelande har MINNICH[7]) (1892) i ett utförligt arbete skildrat 6 å LICHTHEIMS klinik iakttagna fall af ryggmärgssjukdom vid perniciös anemi. — Därjämte har *samme författare*[8]) i några fall af perniciös anemi liksom vid många sjukdomar, som medföra ett kroniskt kakektiskt tillstånd, påvisat en mindre betydande, anatomisk förändring inom ryggmärgen af säregen art, hvilken emellertid ej kan tillskrifvas någon klinisk betydelse.

Redan innan MINNICHS arbete framkommit, hade v. NOORDEN[9]) publicerat ett fall af perniciös anemi jämte ryggmärgssjukdom, och under de allra senaste åren äro dylika fall meddelade af EISENLOHR[10], NONNE[17]), BOWMAN[12]), ROESEBECH[19]), ARNING[14]), BULLOCH[15]) och TAYLOR[16]) *).

*) En närmare redogörelse för samtliga dessa fall liksom för några andra, som *möjligen* skulle kunna hänföras hit, är upptagen i en af förf. utgifven gradual afhandling (med samma titel som denna uppsats).

Den hittils offentliggjorda kasuistiken är visserligen å ena sidan tillräcklig, för att sammanträffandet af de båda sjukdomarna ej skulle kunna förklaras som en tillfällighet, men å andra sidan lemnar den endast en ganska ofullständig kännedom om denna förut ej beaktade sjukdomsform; så t. ex. är ännu ej frågan om orsaken till den sjukliga processen i ryggmärgen besvarad, ej häller frågan, huruvida dessa fall i nevrologiskt hänseende kunna anses bilda en särskild grupp.

Jag har därför trott, att vidare kasuistiska bidrag skulle vara förtjenta af intresse, samt att anatomisk undersökning af ryggmärgen äfven i de fall, där ej spinalsjukdom förelegat, skulle vara på sin plats. Då den perniösa anemien här förekommer helt sällan, har jag för att erhålla material till denna undersökning, vändt mig till flere skandinaviska kliniker, ock är det mig en kär plikt att här bringa min uppriktiga tack till dem, som ställt material till mitt förfogande, nämligen herrar Professor E. A. Homén i Helsingfors, H. Köster i Göteborg, Overläge I. Mygge i Köpenhamn, Professor K. Pontoppidan i Köpenhamn och Professor M. V. Odenius härstädes.

I.

Mina undersökningar omfatta 9 fall af perniciös anemi; i tvänne af dessa har kliniskt förefunnits en tydlig bild af ryggmärgslidande. Då fallen iakttagits och behandlats på skilda kliniker, finner jag det lämpligt att meddela sjukhistorierna öfver samtliga fallen, hvarvid jag dock ej anser vara skäl redogöra för den använda terapien.

Fall I. N. J. arbetare, 31 år. Inkom på Kommunehospitalet i Köpenhamn d. 7/6 1894; död d. 30/9 s. å. (Mygge).

Resumé: *Under flere år rätt svåra näsblödningar; tämligen typisk bild af perniciös anemi; betydliga dyspeptiska symptom, inga spinala; egendomlig hudpigmentering; ansvällning af fingrarnas och tårnas 2 yttre falanger; lues inveterata diagnosticerad; förlopp 4 månader.*

Vid autopsien negatift resultat utom universel anemi.

Genom hela ryggmärgen spridda, små, sklerotiska härdar, uppkomna genom smärre blödningar; äfven ett par tämligen färska blödningar. — Därjämte kronisk degeneration med skleros af Gollska strängarnas främsta del, mest å h. sida; begränsad till bröstmärgen (halsmärgen ej undersökt); kärlen oförändrade utom en helt ringa kärnförökning inom perivaskulärrummen på det förändrade området. — Slutligen inom bröstmärgen i det perifera bältets bakre hälft en allmän ansvällning af axelcylindrarna utan förändringar af väfnaden i öfrigt.

*Anamnes.**) Pat. har lefvat under gynsamma förhållanden. Sedan 6—7 år har han emellanåt lidit af ganska starka näsblödningar, som kommit från båda näsborrarna, och som enligt pat:s uppgift stundom skola hafva uppgått ända till 200—500cm^3. Sista året har han dock varit fri från dessa; däremot emellanåt lidit af digestionsbesvärligheter. Sedan ett par månader hafva ringa blodmängder visat sig i afföringen.

Tre veckor före intagandet sjuknade pat. akut med feber och upprepade kräkningar, hvarvid äfven en gång ungefär en matsked blod kom upp. Sedan dess har han endast haft ett par kräkningar, dessa ej blodiga. De sista dagarna har han lidit af hjärtklappning och varit något kortandad.

Status praesens den 7/6—8/6. Pat. har ingen matlust, klagar öfver dålig smak i munnen och smärtor tvärs öfver bröstets framsida, besväras äfven af frossbrytningar. Han är kraftigt bygd, ser kakektisk och anemisk ut, slemhinnorna mycket bleka. En ringa dämpning baktill öfver h. lungans spets, andningsljudet här något obestämdt, men inga rassel. Hjärttonerna dofva och aflägsna, men inga tydliga biljud. Svaga blåsljud öfver halskärlen. Pulsen 70—80. Temp. normal. En liten hemorroidalknuta påvisad (jfr. de i anamnesen omnämnda blödningarna). I fæces inga ägg af intestinalmaskar. Urinen utan anmärkning.

Blodundersökningar.

	Antalet röda blodkroppar:	Hemoglobinhalten:	Proportionen mellan hvita och röda:
11/6	2,092,000		1 : 251
12/6		45 % (Gowers)	
15/6		30 % (Fleischl)	
23/6	1,165,000		
28/6		17 % »	
6/7	1,862,000		
11/7		15 % »	
11/8	1,100,000	30 % »	
20/8	1,253,000	25 % »	
7/9	1,320,000		
24/9	något öfver 700,000		1 : 150

*) Här meddelas blott ett kortare utdrag ur den synnerligen utförliga och noggranna sjukhistorien. Äfven de följande sjukhistorierna äro ej ordagrant meddelade, utan äro dels förkortningar, dels vissa ändringar i uppställningen företagna.

En kort tid efter intagandet påvisas i h. öga en frisk retinalblödning; ett par dagar därefter en på v. sida; talrika nya sådana iakttagas sedan vid flere olika tillfällen under sjukhusvistelsen.

Öfver hjärtat höras flere gånger tydliga blåsljud. Tidvis har pat. under lång tid små temperaturstegringar, som dock aldrig nå öfver 38,5°; dessemellan feberfria perioder.

Efter några dagars sjukhusvistelse börjar pat. besväras af kräkningar, ej blodiga, som fortfara med stor envishet under hela sjukhusvistelsen, blott med kortare afbrott då och då. Man tror sig emellanåt vid palpation kunna uppfatta en resistens vid vänstra sidan af epigastrium, men utfallet af undersökningen i denna punkt förblir osäkert och växlande. Vid försök med profmåltid finnes ingen fri saltsyra. — Afföringen är nästan ständigt trög, blott en gång ett kortare anfall af diarré.

Sista månaden iakttages omkring anus och på spridda ställen å nates en stark pigmentering, som visar tendens att tillväxa. Under de sista dagarna före döden framkommer på hals och skuldror samt ett par dagar därefter på h. sidan af ryggen en del knappnålshufvudstora, delvis sammanflytande fläckar af ljust gråbrun färg, som fjälla något på ytan. Samtidigt iakttages förtjockning af alla fingrarnas 2 yttre falanger, utom å h. tummen; en förtjockning, som drabbat såväl integument som ben, och hvilken är förbunden med mörkfärgning af huden på dorsalsidan, under det att naglarna äro hvita. Liknande förändringar finnas hos tårna.

I farynx, nära bakre gombågen synas tydliga ärr. I bägge ljumskarna, men ej på andra ställen finnas tydliga indolenta körtelsvullnader. På præputium iakttagas hvita fläckar, hvilka »kunna vara rester af ulcerösa processer». Pat. uppgifver, att han haft kondylomer på dessa ställen, förnekar med bestämdhet syfilis, har 2 friska barn; hans hustru har ej aborterat. Emellertid sättes diagnosen lues inveterata.

Pat:s allmänna tillstånd är hela tiden dåligt; han ligger nästan oafbrutet till sängs och får, så fort han försöker sätta sig upp, en känsla af svindel. Under en tid erfar han visserligen en ringa förbättring, men under september månad försämras åter hans tillstånd snabt; det anemiska utseendet tilltager; han besväras ett par gånger af näsblödningar. Pulsens frekvens, som förut följt temperaturens växlingar, uppgår nu äfven vid normal temperatur till 100—120. Ödem uppträder kring anklarna; efter att några dagar hafva legat somnolent, aflider pat. den $^{30}/_{9}$.

Autopsi den $^{1}/_{10}$: I cavum peritonæi 200 cm^3. klar, serös vätska. Mjälten af normal storlek och form; dess väfnad mörkt gråröd, med tydlig teckning; konsistensen normal; folliklarna små, men tydliga.

Lefvern af normal storlek och form, med glatt yta; snittytan gulgrå, med otydlig teckning af acini; konsistensen normal. Gallgången öppen; gallblåsan innehåller tunn, ljusgul, vattenliknande galla.

Ventrikelns slemhinna i fundus kadaveröst förändrad; vid pylorus blek, eljes normal. — I duodenum och den öfriga delen af tarmkanalen intet abnormt.

Njurarna något förstorade; kapslarna aflossa lätt; ytan glatt, grågul, med en del rödare partier; på snittytan synes väfnaden likformigt grågul i pyramider och corticalis; här och där en del fylda kärl; konsistensen fast. Pelvis, calyces, ureterer och vesica normala, men slemhinnorna utomordentligt bleka.

Testes och epididymis visa intet abnormt.

Ryggmärgen.

Halsmärgen och den allra öfversta delen af bröstmärgen hafva ej tillvaratagits. Den öfriga delen — liksom ryggmärgen i de andra undersökta fallen — har härdats i Müllers lösning och skurits, inbäddad i celloidin. Snitten hafva på öfligt sätt färgats dels efter Weigerts metod och Weigert-Pahls, den senare förbunden med kärnfärgning med alunkarmin, dels med nigrosin och neutralkarmin, den senare förbunden med kärnfärgning medelst alunhematoxylin.

Genom ryggmärgens hela längd finnas här och hvar fläckar af förändrad väfnad. De äro oregelbundet kringspridda öfver hela tvärsnittet, men talrikast i den hvita substansen. Både i vertikal och horisontel riktning hafva de en mycket liten utsträckning; deras diameter växlar mellan 0,15 och 0,4 mm.; de äro vid uppmärksamt betraktande tydligt synliga för blotta ögat. Mikroskopiskt visa de ganska olika utseende.

I en dylik fläck, belägen i sidosträngen i öfversta delen af bröstmärgen, finnes en stor mängd röda blodkroppar, liggande fritt omkring ett kärl, hos hvilket ingen förändring står att upptäcka. En del af de röda blodkropparna hafva bevarat sin naturliga form; flere äro dock omgestaltade på det mest oregelbundna sätt, fastän deras konturer tydligt framträda. I härdens centrum synes emellan blodkropparna en kornig massa af samma färg som dessa (på hematoxylinpreparat) och synbarligen uppkommen genom sönderfall af dem. Här i centrum synas inga nervelement ej häller några deras sönderfallsprodukter. Härdens gräns utåt är ej als skarp, utan ligga här röda blodkroppar oregelbundet inströdda emellan nervtrådar, som naturligtvis ligga på ökadt afstånd från hvarandra, men för öfrigt tyckas intakta. Här finnes en ökad halt färgbara kärnar; för resten tyckes mellansubstansen oförändrad.

Det föreligger sålunda en blödning, som måste hafva varit mycket färsk, eftersom nervelementen ej visa tecken till sönderfall. Den uppkomna bilden tyckes mig ej kunna förklaras utan genom antagande af, att blödningen kunnat trycka nervtrådarna isär.

Ett stycke längre ned i ryggmärgen finnes i sidosträngen en liten blödning, som synbarligen är af något äldre datum (bild III). Nästan alla blodkropparnas konturer oregelbundna; talrika kärnar och enstaka ansvälda, svagare färgade märgskidor; mellansubstansen något förökad till mängd. Härdens gränser skarpare än hos den förut beskrifna.

Ännu ett stycke ned i ryggmärgen finnes en härd, i hvilken inga röda blodkroppar, ej häller något pigment står att upptäcka. Af formelement synas blott helt få: dels intakta nervtrådar, dels ansvälda

märgskidor samt en ganska riklig mängd kärnar. För öfrigt är den rätt väl begränsade härden utfyld af en tät skleros. Flertalet af de omnämda härdarna erbjuda ungefär samma bild som den sist beskrifna.

I detta fall hafva sammanlagdt 14 dylika härdar observerats, och då ingalunda ryggmärgen i sin helhet blifvit sönderdelad i snitt, kan deras antal antagas vara ganska betydligt. Någon tvekan kan ej råda därom, att dessa små sklerotiska härdar äro framgångna ur en tidigare blödning — en uppfattning, som MINNICH[8]) redan framstält beträffande af honom funna likadana bildningar.

I *bröstmärgen* iakttages, förutom de nu omtalade härdarna, en sammanhängande degenerativ process i baksträngarna. I öfre delen af bröstmärgen intager degenerationen i den h. baksträngen en tämligen smal zon, hvilken ligger omedelbart intill det mediana septum och når från dess främre ända till $\frac{1}{3}$—$\frac{1}{2}$ af dess utsträckning bakåt. Lateralt sker öfvergången till den normala väfnaden så småningom.

Längre ned i bröstmärgen minskas degenerationsområdets utbredning i sagittal riktning men tillväxer i transversel; det når dock aldrig till bakre hornet. Processen sträcker sig genom hela bröstmärgen, men upphör på gränsen mot ländmärgen. På v. sida iakttages å motsvarande ställe ett degenereradt område, hvilket dock aldrig når samma utsträckning som på h. sida; det upphör redan i bröstmärgens nedre del.

Det degenererade området visar i öfre delen af bröstmärgen enstaka, måttligt ansvälda och (med hematoxylin) svagare färgade märgskidor; i öfrigt intages det af oförändrade nervtrådar, på ökadt afstånd från hvarandra, och emellan dem en tät skleros, som visar antydan till fibrillering. Längre nedåt minskas afståndet mellan nervtrådarna, och fibrilleringen af mellansubstansen upphör. Kärlen äro ingenstädes ökade till antal; deras väggar ej förtjockade. I bröstmärgens öfre del iakttages en ringa grad af cellanhopning i de perivaskulära rummen; den finnes för öfrigt ingenstädes inom baksträngarna.

Beträffande degenerationens natur, kan en vaskulär process uteslutas; ty dels visa kärlen inga eller blott obetydliga förändringar, dels uppträder degenerationen ej i form af härdar, anordnade kring kärlen. Äfven bör det vara alldeles klart, att en degeneration, som med så ringa, men likformigt omfång sträcker sig genom en stor del af ryggmärgens längd, ej kan till sin utbredning stå i något direkt sammanhang med kärlfördelningen.

Det helt ringa antalet förändrade nervelement och den väl utvecklade sklerosen visa med full tydlighet, att processen haft ett kroniskt förlopp. Granskar man förhållandena närmare, finner man skäl, som tala för, att lesionen skulle vara äldst i bröstmärgens öfre del; mellansubstansen har nämligen där hunnit

antaga en fibrillär struktur, hvilken saknas längre ned i ryggmärgen, och afståndet mellan de kvarvarande nervtrådarna är större högre upp i bröstmärgen än längre ned. I öfverensstämmelse med denna uppfattning låter den endast i bröstmärgens öfre del uppträdande kärnförökningen i de perivaskulära rummen förklara sig såsom sekundär. Således föreligger här en *diffust utbredd, kronisk degeneration*, som troligen varit *nedstigande*.

Vidare finnes inom bröstmärgen en förändring, som intager ryggmärgens randparti i periferiens bakre hälft. På Weigerts preparat iakttager man, att en stor del af nervtrådarna äro ansvälda, några tämligen betydligt; men öfveralt visa deras perifera delar (ej blott själfva randen) stark färgning, så att dessa delar af ryggmärgen ej makroskopiskt visa någon från den öfriga hvita substansen afvikande färgstyrka.

På karminpreparat befinnas flertalet axelcylindrar å detta område vara ansvälda, många till betydlig storlek; de nå en diameter af 10 ända till 15 μ. Deras rand är aldrig naggad, utan alltid jämn; deras form vanligen regelbundet rundad, men stundom triangulär eller på annat sätt omgestaltad. Äfven med stark förstoring kan ingen struktur spåras hos dessa ansvälda axelcylindrar, utan de erbjuda ett homogent utseende. Färgstyrkan aftager något i ungefär samma mon, som deras storlek tilltager. I allmänhet kan man påvisa den ofärgade märgskidan omkring dem, hvilken besitter ungefär normal bredd, samt iakttaga, att de äro belägna centralt i nervtrådarna; här och hvar ligga de dock excentriskt. Mycket sparsamma amyloidkroppar finnas. Äfven smärre kornceller har jag med säkerhet kunnat iakttaga, fast i mycket sparsam mängd. Hos nevroglian och kärlen kan ingen som hälst förändring påvisas.

Den sist nämnda omständigheten, liksom förändringens egenskaper i öfrigt, leda till det antagandet, att den uppkommit helt kort före döden. Grund tyckes ej föreligga att tillägga den samma klinisk betydelse. Några bestämda skäl för att uppfatta denna förändring som postmortal har jag ej kunnat finna; mot ett dylikt antagande tyckes mig närvaron af kornceller tala. Äfven torde det tydligt framgå, att förändringen ej är identisk med den förut omtalade, af MINNICH[8]) i några fall af perniciös anemi och vid några kakektiska tillstånd funna.

Fall II. N. A. S., kusk, 42 år; inkom på Kommunehospitalet i Köpenhamn den $^{25}/_{12}$ 1894, död den $^{7}/_{1}$ 1895. (PONTOPPIDAN).

Resumé: *Infantil spinalparalys af h. underben; något alkoholmissbruk; sjuk under några månader med dyspeptiska symptom och aftagande krafter; sista 2 veckorna delirier och förvirring.*

Vid autopsien extrem, universel anemi och fetthjärta.

I ryggmärgen betydlig förtjockning af kärlväggarna med början de, men ej fullständig hyalin omvandling; denna förändring tydligast ut-

vecklad i baksträngarna inom hals- och ländansvällningen. — Gammal ärrvandling af en del af h. främre hornet i ländansvällningen. — Smärre degenerationshärdar, uppkomna genom blödningar; alla i ett tämligen tidigt stadium. — Degeneration med skleros i Gollska strängarna i halsansvällningen, likartad den i förra fallet i bröstmärgen iakttagna, men mindre utbredd.

Anamnes: Pat. har druckit ungefär 250 cm.[3] brännvin dagligen; har sedan sistlidne höst lidit af dyspeptiska symptom, starka smärtor vid cardia och stundom kräkningar; haft omväxlande normal afföring och diarré; en lång tid varit sängliggande; sista tiden försämrats mycket.

Status præsens den $^{29}/_{12}$—$^{30}/_{12}$. Pat. klagar öfver en känsla af svindel; efter att ett par dagar hafva varit somnolent, har han i dag blifvit orolig och börjat delirera starkt; saknar nu uppfattning af tid och rum. Han är mycket blek, »utseendet snarare anemiskt än kakektiskt». Ingen tydlig tremor i händerna eller tungan. Öfver h. lungans baksida höras talrika, fina, fuktiga rassel; andningsljudet ej bronkielt; i h. regio infrascapularis är perkussionstonen kort. Öfver hela hjärttrakten, tydligast vid basen höres ett mycket svagt, systoliskt blåsljud, och äfven öfver halskärlen iakttagas blåsljud. Temp. normal. Vid blodundersökning konstateras »ett betydligt aftagande af de röda blodkropparnas antal»; förhållandet mellan hvita och röda är 1 : 100. Urin normal.

H. underbenet är mycket starkt atrofieradt, så att muskulaturen nästan totalt saknas; foten står i lätt eqvino-varusställning. Patellarreflex saknas å denna sida, men finnes å den andra.

Den allmänna omtöckningen af psyke fortfar; pat. är orolig, ängslig, småpratar för sig själf, vill stundom springa upp ur sängen, vägrar emellanåt att äta, sofver föga, hvilket alt fortfar under ständig kraftnedsättning, tils exitus letalis följer den $^{7}/_{1}$, utan att några nya tillstötande symptom iakttagits.

Autopsi den $^{8}/_{1}$. I cavum peritonæi ingen utgjutning. Mjälten något liten, väfnaden blekt gråröd, utan synlig teckning. Lefvern något liten; randen skarp; ytan glatt; på snittytan är väfnaden grågulbrun, utan tydlig teckning; konsistensen normal. Gallgången öppenstående; gallblåsan normal. Ventriklen företer intet abnormt. Tunntarmens slemhinna utomordentligt blek, något ödematös. Processus vermiformis är böjd i en spetsig vinkel; dess perifera hälft utvidgad till en cysta med slemmigt, kolloidartadt innehåll. I tjocktarmen intet abnormt. Njurarna något små; deras yta visar enstaka indragningar; snittytan blekt gul, här och hvar med enstaka fylda vener. I pelvis, calyces, ureterer, vesica och genitalia stark blekhet, men eljest intet abnormt.

Hjärnan och dess hinnor extremt anemiska, i öfrigt normala. I ryggmärgen likaledes stark anemi; teckningen till följd däraf mycket otydlig. I halsmärgen iakttages på enstaka ställen insänkning i främre hornen.

Vidare iakttages fettdegeneration af hjärtat och dilatation af dess kamrar samt emfysem och ödem i lungorna.

(Diagnosen perniciös anemi är från den klinik, där pat. vårdades, ställd utan tvekan. Ehuru kvantitativ blodbestämning ej kommit till utförande, och upptagandet af sjukhistorien naturligtvis varit mycket försvåradt genom den rubbning af psyke, som pat. erbjöd under nästan hela sjukhusvistelsen, synas mig dock skäl ej finnas att betvifla diagnosen, när hänsyn tages till sektionsfenomenen.)

Ryggmärgen.

Ryggmärgen företer makroskopiskt intet abnormt, utom att främre h. ryggmärgshälften i ländansvällningen och särskildt främre hornet här äro reducerade i storlek i jämförelse med v. ryggmärgshälften. Mikroskopiskt iakttages i detta horns främre, laterala hörn en tät skleros, som intager ett ovalt, väl begränsadt område med ungefär transversel längdaxel. Detta når helt ut till hvita substansen och omfattar ungefär hornets halfva bredd; här saknas hvarje spår till ganglieceller, och nervtrådar finnas nästan inga. Hela den öfriga grå substansen är i normalt skick. Äfven i främre rötterna på samma sida äro de allra flesta nervtrådarna degenererade, och blott en ringa del intakta. Sålunda är den kliniska diagnosen af en genomgången akut poliomyelit till alla delar bekräftad.

I baksträngarna inom hals- och ländansvällningen äro *kärlens* och synnerligen *kapillärernas* väggar betydligt förtjockade; de tyckas oelastiska, hafva ett glasigt, något homogent utseende, men äro ej fullkomligt strukturlösa. Deras kärnar framträda otydligt, äro ej förökade till antal. Kapillärernas lumen står på de flesta ställen gapande och tomt, samt är regelbundet cirkelrundt eller ovalt; men på några ställen är det formadt oregelbundet genom en veckning inåt af väggen. Hos ett fåtal kapillärer ligga väggarna emot hvarandra, så att intet lumen står att upptäcka. Det föreligger säkerligen här en början de, ej fullständig hyalin omvandling af kärlen. Kapillärerna tyckas ökade till antal, men detta är kanske endast skenbart, beroende på att de framträda mycket tydligare än vanligt.

Äfven i ryggmärgens öfriga delar iakttages antydan till förtjockning och hyalin omvandling af kärlväggarna.

Vidare påträffas små härdar, liknande de i fall I beskrifna, ur blödningar uppkomna, fast här i mindre antal. I en dylik härd, belägen inom hvita substansen, ser man blodkropparna aflagrade i mellansubstansen, så att de bilda ett sammanhängande nätverk, i hvars maskor de intakta nervtrådarna ligga. Afståndet mellan dessa är något, men ej mycket förökadt. De olika blodkropparna kunna i allmänhet särskiljas, men deras form är förändrad. Denna blödning har en något större utbredning än de andra jag iakttagit, och vid denna saknas ett centrum utan nervelement (ett sådant fans äfven vid den blödning i fall I, hvilken uppfattades som den yngsta.) Denna skillnad låter förklara sig antingen genom det antagandet, att blödningen i det här afhandlade fallet uppträdt ännu kortare tid före döden än i det förut beskrifna, eller genom att väfnaden här egt annan mekanisk motståndskraft.

Andra härdar finnas med liknande utseende som de i fall I beskrifna och af olika ålder, men jag har ej funnit någon med väl utvecklad skleros. Sålunda kan det antagas, att blödningarna i detta fallet börjat en kortare tid före döden än i fall I.

I halsansvällningen på bägge sidor om främsta delen af det bakre mediana septum iakttages på ett symmetriskt, föga utbredt område en förökning af mellansubstansen. Man finner här alldeles samma mikroskopiska bild som vid den i förra fallet beskrifna sklerosen i baksträngarna, men processen är här mindre utbredd.

Degenerationen är altså af samma art som den i fall I beskrifna; troligen betecknar den därför processen i sitt allra tidigaste skede. I förra fallet uppfattades degenerationen som nedstigande, och skulle den sålunda varit starkast utvecklad i halsmärgen, hvilken jag dock ej varit i tillfälle att undersöka. I öfverensstämmelse med denna uppfattning är det också, att förändringen i detta fall, där den kan antagas vara i sitt allra tidigaste skede, endast påträffas i halsmärgen.

Fall III. B. J., 23 år, arbetare. Inkom på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg d. 22/3 1892, död d. 9/4 s. å. (KÖSTER).

Anamnes: Patienten har varit frisk, tils han för 5 veckor sedan började känna sig matt och kraftlös samt besväras af hufvudvärk. Dessa symptom hafva sedan altjämt förvärrats; matlusten blifvit dålig och afföringen trög.

Status praesens d. 23/3. Pat. klagar öfver hufvudvärk och mattighet; matlusten dålig. Kroppsbyggnaden är god; hull och muskulatur ej anmärkningsvärdt reducerade, skola dock före sjukdomens början varit vida bättre. Huden förut af frisk färg, nu sjukligt blek. Respirationsljudet svagt, eljes intet att anmärka från lungorna. Hjärtdämpningens gränser normala, hjärttoner rena; puls 100. »Nonnensausen» öfver venæ jugulares å bägge sidor. Röda blodkropparnas antal 2,400,000; de hvitas »normalt». En och annan mikrocyt finnes, men ingen makrocyt och ingen poikilocytos; hemoglobinhalten 30 %. Temp. afebril. Urinen håller ej ägghvita.

Senare under sjukhusvistelsen framträda blåsljud å bägge hjärttonerna. Kräkningar påkomma ofta.

7/4. Vid blodundersökning befinnas de röda blodkropparna utgöra 720,000—800,000; »de hvitas antal ej ökadt, snarare minskadt»; en mängd mikrocyter, några makrocyter och poikilocytos iakttagas. Hemoglobinhalten 15—10 %. Död d. 9/4 efter att sista dagen hafva klagat öfver susning för öronen och sista natten hafva haft en näsblödning.

Autopsi d. 10/4. Liket anemiskt; började missfärgning af huden; inga blödningar i den. Hjärtat 10 × 10 cm. något slapt och blekt. I hjärthålan gulhvita koagler i ringa mängd jämte något tunnflytande, rödvinsfärgadt blod. Hjärtmuskulaturen blek, något skör; visar hvitgula

strimmor, omväxlande med blekbruna. Valvler och mynningar utan anmärkning. I plevrasäckarna en ringa mängd gulaktigt serum. Lungorna ödematösa, öfveralt luftförande. Bronkialkörtlarna svarta med begränsade, förkalkade härdar. Mjälten 16 × 10 × 4,5 cm., något slapp; kapseln glatt; pulpan rödbrun, mörjig. Lefvern 28 × 20 × 14 cm., blekbrun; teckningen otydlig, centra framträda dock något mörkare. Njurarna 11 × 7 × 3 cm. Kapseln aflossar lätt, snittranden ej svällande. Barken af normal tjocklek. Snittytan blek. Skillnaden mellan bark och märg, så väl som öfrig teckning otydlig. Tarmarna innehålla ej parasiter. »Blåsa normal, inga blödningar någonstädes.» Märgen i sternum förvandlad till en mörjig, röd massa. Lymfkörtlarna normala. Ryggmärgen makroskopiskt normal.

Ryggmärgen.

Den mikroskopiska undersökningen af det härdade organet gifver äfvenledes ett negatift resultat. Sålunda har jag i detta fall ej funnit några begränsade härdar uppkomna ur blödningar. I förbigående vill jag anmärka, att i öfre bröstmärgen finnes en ringa heterotypi; å mediala sidan af det ena bakre hornets hals finnes nämligen en så betydande ansamling af grå substans (dock utan väl utvecklade ganglieceller), att det bakre, mediana septum buktas öfver åt andra sidan.

Fall IV. K. B., bonde, 43 år, fr. Sibbo, inkom på Helsingfors' medicinska klinik den 15/3 1894, utskrefs d. 12/5 s. å.; å nyo intagen d. 22/3 1895, död d. 7/5 s. å. (Homén.)

Anamnes. Pat. har varit frisk ända till jultiden 1893, då matlusten började försämras och han började känna sig mycket trött och svag samt magrade och blef mycket blek. Afföringen, som före insjuknandet ofta varit lös, i synnerhet efter förkylning, har sedan blifvit trög. Någon gång har han haft uppkastning. För öfrigt icke symptom af något organlidande. Pat. har varit i arbete till för ett par veckor sedan, då han på grund af tilltagande svaghet blef tvungen att intaga sängen; vid försök att vara uppe har han besvärats af hufvudvärk och svindel; sömnen på sista tiden dålig. — Pat. har aldrig observerat, att mask afgått.

Status praesens d. 22/3—23/3. Pat. är af vanlig kroppsbyggnad; underhudsfettväfven mycket reducerad. Huden elastisk, till färgen gulblek; de synliga slemhinnorna bleka. Pat. är mycket trött och svag. Sensoriet klart. — Perkussionston sonor och respirationsljudet vesikulärt i vanlig utsträckning. Hjärttonerna rena; den första tonen något dof. Pulsen regelbunden, något liten; frekvensen 84. Tarmverksamheten trög. Ägg af bandmaskar hafva ej kunnat påvisas. Urinen klar, socker- och albuminfri, sp. v. 1,017, sur reaktion.

24/3.	Blodkropparnas antal . . .	1,440,000
4/4.	» » . . .	1,000,000

13/4.	Blodkropparnas antal	. . .	1,680,000
27/4.	» »	. . .	3,136,000
12/5.	» »	. . .	4,340,000

Pat. utskrifves sistnämnda dagen.

Vid jultiden 1894 skall han åter hafva insjuknat ungefär på samma sätt som förra gången och blef småningom så svag, att han måste intaga sängen.

Han intogs åter på sjukhuset d. 22/3 1895 och företedde då ungefär samma sjukdomsbild som förra gången.

22/3.	Blodkropparnas antal	. . .	1,412,000
7/4.	» »	. . .	1,650,000
21/4.	» »	. . .	1,475,000
5/5.	» »	. . .	580,000

Inga ägg af bandmaskar i fæces. Pat. afled d. 7/5.

Autopsi. Liket af vanlig kroppsbyggnad. Här och där små eckymoser i huden. Å ryggen och nacken ett fåtal små, blåröda fläckar. Alla slemhinnor ytterst bleka.

Benmärgen i sternum blek, för öfrigt intet anmärkningsvärdt.

Kraniet af vanlig tjocklek. Dura mater af måttlig spänning, gyri väl synliga genom den samma. Pia mater tunn, obetydligt ödematös. Kärlen å hjärnbasen tunna och glatta. Hjärnsubstansen glänsande, ytterst blodfattig.

I hjärtsäcken en mindre mängd klar, serös vätska. Hjärtat slapt, obetydligt fettbelagdt, visar subperikardiala eckymoser i särdeles riklig mängd; i hjärtrummen en mindre mängd mycket tunnflytande blod jämte bleka blodkoagler; muskulaturen blekröd, i synnerhet på några ställen af en lätt, gulaktig skiftning, därjämte i papillarmusklerna en mängd små, hvitgula fläckar och strimmor. Å mitralis-valvlerna, i början af aorta och i koronarartererna en mängd små, sklerotiska fläckar och förtjockningar; så väl aorta som hjärtats valvler blodimbiberade.

I hvardera lungsäcken en obetydlig mängd klar, serös vätska. Å bägge lungorna några enstaka, subplevrala eckymoser; de äro öfveralt luftförande, något ödematösa, särdeles blodfattiga. I luftrören ett gult, slemmigt sekret.

Mjälten 13 × 9,5 cm., slapp; kapseln glatt; snittytan mörkröd; trabekularväfnaden tämligen väl synlig.

Lefvern af medelstorlek; kapseln glatt, visar en mängd små eckymoser; parenkymet innehållande endast tunn, vattenaktig blod; snittytan blekgrå med en brunaktig skiftning; acini mestadels ej väl framträdande. Gallblåsan starkt fyld med tunnflytande, brungul galla och äfven innehållande mörka, delvis facetterade, halffasta gallstenar.

V. njuren 11,5 × 5 cm., något slapp; kapseln lätt lossande; ytan glatt; snittytan jämt gulaktigt blekröd; strukturen något otydlig. H. njuren något större än den v., för öfrigt af samma utseende som denna.

I ventrikeln en mindre mängd gråaktigt, slemmigt innehåll. I trakten af stora kurvaturen, närmare pylorus än cardia, en ungefär hasselnötstor, inåt lumen prominerande svulstbildning af märgig be-

skaffenhet, med bred basis fästad vid ventrikelväggen. Slemhinnan för öfrigt glatt. I tarmarna ett halffast exkrementartadt innehåll, tarmslemhinnan glatt; tarmväggen förefaller öfveralt vara ytterst tunn, blodfattig.

Pankreas särdeles slapp.

Urinblåsan fyld med klar urin, dess slemhinna glatt.

De mesenteriala lymfkörtlarna lindrigt ansvälda. Likaså de ingvinala.

Ryggmärgen.

Vid mikroskopisk undersökning af det härdade organet finnas enstaka kärl, som visa tydliga tecken på hyalin omvandling, af samma art som de i fall II skildrade. Dessa kärl förekomma företrädesvis inom baksträngarna i hals- och ländansvällningen, men äfven här i helt sparsamt antal.

Några blödningar eller ur dem uppkomna sklerotiska härdar har jag ej funnit.

Ryggmärgen för öfrigt utan anmärkning.

Fall V. A. J., hustru, 36 år, inkom på Helsingfors' medicinska klinik d. $^{18}/_{5}$ 1895, död d. $^{23}/_{5}$ s. å. (HOMÉN.)

Anamnes. Pat. har varit frisk, tils hon för 2 år sedan gifte sig; sedan dess har hon blifvit allt blekare samt börjat besväras af trötthet och en ofta påkommande hufvudvärk. I sitt äktenskap har hon haft två barn; den första förlossningen och barnsängen var normal samt försvagade ej märkbart pat.; under andra hafvandeskapet ökades hennes blekhet, svaghet och hufvudvärk; äfven efter förlossningen d. $^{25}/_{3}$ 1895, hvilken förlöpte normalt, fortforo dessa symptom att tillväxa, så att pat. blef tvingad att söka vård på sjukhus. — Pat. har ofta i sin ungdom samt äfven under sitt giftermål och nu senast för omkring 2 veckor sedan observerat mask i afföringen, men aldrig begagnat någon medicin härför.

Status praesens vid intagandet: kroppsbyggnaden normal; huden gulgrå, skiftande i grönt. Pat. något somnolent, reagerar mycket långsamt. Från respirationsorganen intet att anmärka. Hjärtdämpningen ungefär normal; starkt systoliskt biljud, mest vid hjärtats bas. Pulsen mjuk, »celer»; dess frekvens 120. Temp. 38°—39°. Urinen fri från ägghvita, sp. v. 1,017. Blodkropparnas antal 1,000,000. Hemoglobinhalten 18—20 %. Dagen efter intagandet gafs 4 gm extr. filic. mar. och följande dag 2 gm + 2 gm pulv. radic. filic. mar. jämte laxantia.

$^{23}/_{5}$. Blodkropparnas antal 490,000; hemoglobinhalten 10 %. Pat. afled samma dag.

Autopsi. Liket af klen kroppsbyggnad, betydligt afmagradt. Muskulaturen af lätt rödbrun färg.

Kraniet tunnt, tämligen symmetriskt. Dura mater tunn; gyri särdeles väl synliga genom den samma. Kärlen å hjärnbasen tunna och glatta. Pia mater obetydligt ödematös, lätt aflossande. Hjärnsub-

stansen glänsande, ytterst blodfattig. För öfrigt företer hjärnan intet anmärkningsvärdt.

I hjärtsäcken en ringa mängd klar, serös vätska. Hjärtat slapt, obetydligt fettbelagdt, visar en mängd punktformiga, subperikardiala eckymoser; i hjärtrummen en mindre mängd tunnflytande blod jämte några affärgade blodkoagler; i muskulaturen, i synnerhet i papillarmusklerna och i v. kammarens väggar, små hvitgula fläckar och strimmor i särdeles riklig mängd; muskulaturen för öfrigt blekröd. Å mitralisvalvlernas flikar och i början af aorta enstaka, små sklerotiska fläckar och förtjockningar.

Lungorna adherenta till bröstväggen; visa enstaka, små, subpleurala eckymoser; äro öfveralt luftförande, blodfattiga, något ödematösa. I luftrören rikligt tunnt, slemmigt sekret.

Mjälten 11,5 × 7 cm., slapp, på några ställen genom adherenser fastväxt till diafragma; snittytan mörkröd, glänsande; trabekularväfnaden tydlig.

Lefvern af vanlig storlek, något slapp; kapseln glatt; parenkymet ytterst blodfattigt; vid utpressning framträder tunnflytande, vattenaktig blod; snittytan gråbrun med en lätt gulaktig skiftning; de enskilda acini ej väl framträdande. I gallblåsan tunnflytande, gulgrön galla.

V. njuren 11 × 5,5 cm., något slapp; kapseln lätt aflossande; ytan glatt; snittytan jämn, blekröd, med en lätt gulaktig färgskiftning; teckningen i corticalis grumlig. H. njuren af enahanda utseende och beskaffenhet som den v., dock ej fullt så blodfattig.

I ventrikeln en ringa mängd gråaktigt, slemmigt innehåll; slemhinnan glatt, visar en mängd punktformiga hemorragier. I tarmarna ett gulgrönt, halffast, exkrementartadt innehåll; tarmväggen, särskildt i tunntarmarna och allra mest i nedersta delen af ileum mycket tunn; slemhinnan glatt; enstaka, ansvälda, solitära folliklar i nedre delen af ileum. Pankreas af normalt utseende.

Urinblåsan fyld af klar urin; dess slemhinna blek, glatt.

Ryggmärgen.

Äfven i detta fall kan spåras den i fall II beskrifna förtjockningen af kärlväggarna, men den finnes blott hos ett fåtal kärl och är ingenstädes väl utvecklad.

Små, begränsade, sklerotiska härdar, som genom jämförelse med de i fall I och II erhållna bilderna kunna igenkännas såsom uppkomna ur blödningar, har jag påträffat på några få ställen inom den hvita substansen.

I öfrigt alla förhållanden normala.

Fall VI. K. G. L., skomakare, 42 år, fr. Helsingfors, inkom på Helsingfors' medicinska klinik d. 27/3 1893; död d. 5/4 s. å.

Pat. afled under tydliga symptom af perniciös anemi, hvilken diagnos bekräftades genom blodundersökningar och autopsi. Botriocephalusägg funnos i afföringen. Pat. erhöll anthelmintica.

Sjukhistorien och obduktionsprotokollet anföras ej här, då fallet redan är offentliggjordt hos SCHAUMAN[54]) (n:r 70, s. 108).

Ryggmärgen.

Genom baksträngarnas hela längd befinnas kärlens väggar vara förtjockade med en antydan till hyalin omvandling; förändringen är något mindre utvecklad än i fall II. Den iakttages äfven i fram- och sidosträngarna, fast mindre utvecklad än i baksträngarna.

Endast en begränsad degenerationshärd af samma slag som de förut skildrade, ur blödningar uppkomna, har jag påträffat. Den visar tydlig skleros och är belägen inom grå substansen.

I öfrigt är ryggmärgen utan anmärkning.

Fall VII. N. N., enka, 46 år, inkom å Lappviks centralanstalt för sinnessjuka d. $^{24}/_{2}$ 1886, död d. $^{14}/_{3}$ 1895. (HOMÉN.)

Pat. har här vårdats för paranoia primaria och i somatiskt afseende varit frisk, tils hon i början af januari 1895 började klaga öfver illamående; samtidigt observerades, att hennes ansiktsfärg blifvit blek, gulaktig. Pat:s tillstånd försämrades småningom; hon klagade öfver dålig matlust och trötthet, så att hon måste intaga sängen; kände värk i axlarna och bröstet, ömmade starkt äfven för det lindrigaste tryck å armar, bröst och bukbetäckning. Hennes ansiktsfärg blef alt mer och mer vaxgul; pulsen omkring 120. Lefver och mjälte (vid undersökning d. $^{8}/_{2}$) ej förstorade. — Vid mikroskopisk undersökning af blodet påträffades de för perniciös anemi vanliga förändringarna. Pat. erhåller lätt blodsugillationer, äfven efter lindrigt tryck. Krafterna aftaga så småningom; den $^{9}/_{3}$ tillkom diarré, och döden följde d. $^{14}/_{3}$.

Autopsi d. $^{15}/_{3}$. Huden öfver hela kroppen och i synnerhet å ansiktet vaxgul; sklera med mycket svag gulaktig skiftning.

Galea aponeurotica å sin inre yta gulaktig. Sinus longitud. tom. Pia mater å hjärnkonvexiteten med fint injicierade kärl, lätt aflossande, visar några få strödda, punktformiga eckymoser. Hjärnans grå substans blek, den hvita substansen glänsande i snittet. Hjärnkamrarna stå fullkomligt tomma; ependymet visar intet anmärkningsvärdt. På hvardera sidan i stratus opticus bakom linskärnan i närheten af nucleus caudatus finnas åtskilliga smärre blodsugillationer; i yttre linskapseln finnas äfven några få spridda eckymoser. Vid lilla hjärnan, pedunculi och pons intet att anmärka, utom att dessa delar, liksom hela hjärnan äro mycket anemiska; särskildt är detta fallet med pons varoli. Hjärnan väger 1,165 gm.

Å pleura och perikardiet några få, punktformiga eckymoser; för öfrigt intet att anmärka.

Mjälten 11×7 cm.; vikten 84 gm; å dess yta ganska talrika eckymoser.

Lefvern 24×13,5×7,5 cm., väger 1,087 gm.

I tunntarmen finnas mindre exemplar af Botriocephalus latus.

Njurarna bleka, för öfrigt intet att anmärka.

Pankreas väger 76 gm.

Glandula thyroidea väger 20 gm; i dess parenkym åtskilliga smärre cystor med klart innehåll.

Ryggmärgen.

Kärlen befinnas öfveralt inom hvita substansen förtjockade och stadda i hyalin omvandling. Förändringen är af samma natur som den i fall II skildrade, men tydligen längre gången. Den är äfven här bäst framträdande inom baksträngarna, särskildt i hals- och ländansvällningen. Här äro äfven de stora intramedullära kärlen i intensiv grad drabbade af processen. Emellertid hafva kärlväggarnas kärnar ingenstädes helt mistat sin färgbarhet.

Någon begränsad degenerationshärd, af det förut beskrifna slaget, har jag ej funnit i denna ryggmärg. *)

Ryggmärgen är för öfrigt utan förändringar. **)

I de följande tvänne fallen har den perniciösa anemien varit förbunden med tydliga symptom af ryggmärgslidande.

Fall VIII. A. S. P. hustru, 36 år. Inkom på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg d. $^{2}/_{7}$ 1894, död d. $^{24}/_{10}$ s. å. (KÖSTER).

Resumé: *Sedan 2 år rätt besvärliga dyspeptiska symptom; 5—6 månader före döden stegring af dessa jämte symptom af anemi; bilden af perniciös anemi framträder så småningom. På huden å buken, underarmarna, händerna och i ansiktet framkomma och utbreda sig under sista månaden bruna pigmentfläckar. Fingrarna kännas sedan ett år »tunga och konstiga»; sista månaden tillkomma smärtor rundt kring veka lifvet, stickningar och myrkrypningar i benen samt svår värk vid längre stillaliggande.*

De två sista månaderna en tilltagande pares och sensibilitetsrubbning af extremiteterna. Trycksinnet visar nedsättning på bål och extremiteter; denna är mest uttalad på benen och ökas i distal riktning; på händer och fötter är den höggradig. Värmesinnnet är mera rubbadt än köldsinnet. Muskelsinnet å benen betydligt rubbadt. Benen äro kort före döden i hög grad paretiska; armarna mindre. Pupillarreflexer kvarstå, men patellarreflexerna försvinna. Urininkontinens sista månaden.

---

*) Då denna ryggmärg varit synnerligen svår att inbädda, har jag dock endast erhållit ett jämförelsevis ringa antal preparat af den samma.

**) Inom bröstmärgen synes visserligen den hvita substansen vara liksom genombruten af alltid oregelbundet formade luckor, men dessa äro med säkerhet uppkomna genom utfall af nervtrådar, då i dem aldrig iakttages någon axelcylinder, och då de ingenstädes ega någon självständig begränsning, utan äro formade efter de omgifvande, alltid normala nervtrådarna; jämväl äro luckorna genomdragna af ett fint nätverk, som väl upptager nigrosinets färg och således utgöres af den kvarstående mellansubstansen.

Vid autopsien ingen betydligare fettdegeneration af hjärtat; benmärgen röd, gelatinös, ej fetthaltig; binjurarna utan anmärkning.

I ryggmärgen förtjockning af kärlväggarna med antydan till hyalin omvandling.

Baksträngarna. *Genom hela organet utom sakralmärgen utbredd degeneration i baksträngarna, hvilken når helt upp till dessa strängars kärnor i förlängda märgen. Zonen närmast grå substansen intakt. Degenerationen öfveralt förbunden med skleros och på de flesta ställen med cellanhopning i de perivaskulära rummen, hvilka förändringar, liksom själfva degenerationen, tillväxa i intensitet nppåt genom hela ryggmärgen.*

I halsmärgen homogen och i det allra närmaste fullständig degeneration af Gollska strängarna; processen likartad, men mindre utvecklad i Burdachska.

I bröstmärgen äro nästan hela baksträngarna säte för en degeneration, som är mest utvecklad i Gollska strängarna, särskildt i bröstmärgens öfre del.

I ländmärgen hårdformig degeneration, som hufvudsakligen är anordnad kring kärlen.

Genom hela bröstmärgen och delvis halsmärgen sönderfall af alla nervelement inom bältet närmast periferien utan förökning af mellansubstansen eller förändring af kärlen.

Sidosträngarna. *I bröstmärgen degeneration af större delen af sidosträngarna, mest utvecklad i deras bakre hälfter; bältet längs grå substansen intakt. Mellansubstansen något litet förökad; hos kärlen en ringa cellinfiltration; nästan alla nervelement sönderfallna.*

I nedersta delen af bröstmärgen och öfre delen af ländmärgen degenerationen inskränkt till pyramidbanorna; dess intensitet nedåt raskt aftagande. Längre ned inga nämnvärda förändringar,

Därjämte i halsmärgen och öfre delen af bröstmärgen en förändring af det perifera bältets bakre del, af samma slag som den i baksträngarnas periferi.

I framsträngarna genom hela bröstmärgen degeneration inom pyramidbanorna, men ej af hela deras omfattning.

Därjämte här och hvar i ryggmärgen enstaka dels små blödningar dels ur dem uppkomna sklerotiska härdar.

Lissauers fält, gå substansen, nervrötterna och meningerna utan anmärkning.

Anamnes: Pat. har stundom, dock ej ofta, lidit af sura uppstötningar, men för öfrigt varit frisk, tils hon för åtta år sedan började blifva klen, »enligt uppgift på grund af skrämsel i hårdt arbete». De senare åren har hon emellanåt haft kräkningar, som stundom varit svarta. Under de två sista åren har pat. tidvis lidit af så svåra magplågor, att hon måst hålla sig till sängen och detta ända till 3 veckor i rad, hvarjämte afföringen då varit antingen ytterligt hård eller vattentunn samt förenad med svåra smärtor. Sedan ett år hafva fingrarna känts »tunga och konstiga». Hon har magrat något, men på det hela

taget behållit sitt friska utseende tills i maj månad innev. år. Då förvärrades nämligen hennes symptom från magen; aptitlöshet tillkom, hon började raskt afmagra, blef alt blekare och mattare. Hennes bostad var kall och fuktig.

Vid intagandet på sjukhuset iakttages, att huden är gulblek. Öfver hjärtat, tydligast vid basen, höres systoliskt blåsljud; 2:dra pulmonartonen accentuerad; öfver halsvenerna bruit de diable. Från lungorna intet abnormt. Ömhet öfver maggropen och värk mellan skuldrorna. Pat. har omväxlande diarré och förstoppning. Buken ej uppdrifven. Mjälten ej förstorad.

Under följande månad tillkommer ödem i benen och en ringa ömhet öfver sternum och tibiae. Det systoliska blåsljudet öfver hjärtat tilltager i styrka, är nu mest uttaladt vid spetsen; hjärtdämpningen ej förstorad.

Den $^{22}/_{8}$ är hemoglobinhalten (med Fleischl) 30 %; poikilocytos finnes; de hvita blodkropparnas antal är ej ökadt; de röda utgöra 1,820,000.

Den $^{25}/_{8}$ antecknas deras antal till 933,000. Under hela denna tid är temp. blott under ett fåtal dagar normal, eljest stegrad; vanligen omkring 38°, går stundom upp mot 39° och någon gång till och med något däröfver.

Den $^{3}/_{9}$. Vid nu företagen undersökning, 2 månader efter intagandet på sjukhuset, iakttages, att bägge benen äro ömma. Å fötterna finnes ej någon säker nedsättning af hudsensibiliteten. Muskelsinnet däremot rubbadt för tårnas och fötternas rörelser, d. v. s. vid passiva rörelser af dessa delar kan pat. ej beskrifva rörelsernas riktning; muskelsinnet för benen i öfrigt utan anmärkning. Bägge benen paretiska; då pat. skall lägga det ena benet öfver det andra sker det med en stor paretisk-ataktisk rörelse.

Armarna kännas nu »tunga och konstiga» liksom det varit fallet med fingrarna ett helt år. Pat. kan själf binda knutar. Pupillerna reagera tydligt. Patellarreflexerna betydligt försvagade; samtidig reflex å adduktorerna på motsatta sidan. Urineringen orubbad.

Den $^{4}/_{9}$ påvisas vid undersökning af blodet makro- och mikrocyter jämte tydligt framträdande poikilocytos; de röda blodkropparnas antal 766,000.

Den $^{17}/_{9}$ finner man detta reduceradt till 560,000 och därjämte en stark poikilocytos.

Status præsens den $^{22}/_{9}$—$^{25}/_{9}$: Hullet reduceradt. Pat. är sängliggande; ser klen och lidande ut. Blicken matt; sensoriet fritt. Hyn gråaktigt gulblek.

Pat. har svårt för att tåla mat, har jämt dålig smak i munnen och känner stickningar i maggropen. De sista dagarna har hon frusit hvarje förmiddag. Hon säger sig vara »vissen» i hela kroppen och känner sig mycket kraftlös; förnimmer smärtor rundt kring veka lifvet: »det käns som om mage och rygg skulle växa samman.» I henen särskildt i fötterna stickningar och myrkrypningar samt, när hon legat stilla en stund, svår värk, som hon ej närmare kan beskrifva.

Öfver buken iakttages ett starkt brunfärgadt utslag i huden. Äfven i ansiktet, på händerna och underarmarna hafva bruna fläckar börjat framkomma. Benen äro ödematösa. Synliga slemhinnor bleka; tungan fuktig, ej belagd. Från lungorna intet att anmärka; ingen dyspné. Hjärtat ej förstoradt; det systoliska blåsljudet som förut. Puls jämn och regelbunden, 80 i minuten. Temp. omkring 38°. Buken ömmar för tryck, i synnerhet i maggropen och öfver underlifvet. I pylorustrakten kännes en valnötstor resistens; denna antages sedermera vara pankreashufvudet. Mjälten och lymfkörtlarna ej förstorade; ej häller lefvern.

De röda blodkropparna utgöra 994,000 och den $^{27}/_{9}$ 933,000; hemoglobinhalten 30 %. I blodet iakttages därjämte följande: vacker poikilocytos, tämligen många makro- och mikrocyter; ett fåtal α-granulerade polynukleära levkocyter, mononukleära levkocyter, en mängd kärnhaltiga röda blodkroppar; af dem en liten del megaloblaster, de flesta normoblaster; inga »Blutplättchen».

Urinen alkalisk, grumlig; gifver positift utslag för Hellers prof och indikanreaktion; innehåller ej någon reducerande substans; i sedimentet finnes utom salter mycket varkroppar och blåsepitel. Urineringen ej smärtsam. Defekationen medför svåra smärtor vid analöppningen; vid undersökning af faeces intet abnormt.

På *benen* är *trycksinnet* betydligt nedsatt, så att pat. märker beröring först vid ganska starkt tryck eller starka nypningar. *Muskelsinnet* för benens rörelser är i hög grad nedsatt, så att pat. ej utan synens tillhjälp kan uppfatta, hvar hennes ben äro belägna. Benen äro mycket *paretiska;* hon kan göra små böjningar med dem, men ej lyfta upp dem från underlaget.

Äfven på *bål* och *armar* är *trycksinnet* nedsatt, så att blott ansikte och hals i detta hänseende ej visa någon rubbning. På öfre delen af bålen är förändringen mindre uttalad än på nedre delen. På den förra liksom på armarna kan pat. stundom, men ej med säkerhet skilja spetsen och hufvudet af en knappnål. Rubbningen är mindre på öfverarmarna än på underarmarna; på de senare uppfattar hon tryck å två punkter på 20 cm:s afstånd från hvarandra som tryck på en punkt. Lägger man sin hand på pat:s hand, märker hon det ej, förr än man öfvar en ringa tryckning på den samma. Händernas insidor äro betydligt anestetiska; om hon håller något i sin hand, måste hon se det, för att hon skall veta det. Hon kan i allmänhet ej med känseln afgöra, hvad hon håller i händerna; uppfattar t. ex. en pennknif såsom något mjukt och kan ej igenkänna en portnyckel. Uppfattningen af kalla föremål kvarstår öfveralt, af varma på ansikte, hals, bålens öfre del och armarna. Armarnas rörelseförmåga är bättre bibehållen än benens; men deras rörelser äro försvagade och tröga. Pat. orkar knapt vända sig i sängen. Musklerna äro något atrofierade.

Senreflexer kunna ej påvisas.

Härefter försämras pat:s tillstånd altmera; *urininkontinens* tillstöter efter en tid; krafterna aftaga, afmagringen fortfar och når en mycket hög grad; de bruna pigmentfläckarna ökas; *decubitus* uppträder. Dödlig utgång följer den $^{24}/_{10}$.

Autopsi d. 25/10. Liket höggradigt afmagradt. Stora liggsår å klinkorna. I huden på händer och armar talrika ytliga pigmentfläckar utan någon förtjockning.

I hjärtsäcken 100 cm^3 klar, serös vätska. Hjärtat 9 × 8,5 cm., något slapt; å dess framsida måttlig fettbeläggning; muskulaturen blek, men fast; valvler och mynningar utan anmärkning. Aorta af normal vidd. Lungor utan anmärkning.

Mjälten 11 × 16 × 3 cm:; pulpan lös, af lifligt röd färg.

Njurarna 10 × 5 × 4 cm., bleka, fasta, ej svällande. Binjurarna utan anmärkning.

Lefvern 25 × 18 × 15 cm., blek, utan makroskopiska förändringar; gallblåsan fyld af seg, grön galla. — Ventrikelslemhinnan grumlig, slembelagd; någon tumörbildning finnes ej. Tarmarna utan anmärkning.

Pankreas fast, utan anmärkning; dess hufvud framspringande.

Benmärgen röd, gelatinös, ej fetthaltig.

Lifmodern stor, fast, en liten slempolyp i dess inre. — Ovariernas kapsel fast, fibrös; parenkymet fibröst omvandladt.

Hjärnan fast, blek, utan anmärkning.

Ryggmärgen fast, med tydlig degeneration i sido- och baksträngar.

Ryggmärgen.

I en stor del af organet iakttages förtjockning och börjande hyalin omvandling af såväl *kapillärernas* som de större intramedullära *kärlens* väggar; denna förändring är ej så tydligt framträdande som i fall II. I baksträngarna kan den med full tydlighet påvisas redan i sakralmärgen, tilltager uppåt i intensitet och fortsätter genom ryggmärgens hela längd. I bröst- och halsmärgen finnes den tydligt utvecklad äfven i fram- och sidosträngarna; framträder däremot ingenstädes tydligt i grå substansen. På de här angifna områdena, där kärlväggarna äro förtjockade, visar äfven mellansubstansen en diffus, men tydlig förökning.

Baksträngarna.

I *sakralmärgen* finnas inga degenerativa förändringar, men på *öfvergången till ländmärgen* framträda de. Degenerationen omfattar här baksträngarnas dorsala del (bild I *k*); högre upp i *ländansvällningen* sträcker den sig längre framåt och får öfverhufvudtaget större utbredning (bild I *i*), men lemnar på bägge ställena zonen närmast kommissuren och grå substansen såväl som de bakre laterala partierna fria. Processen är fördelad i oregelbundet kringspridda *härdar*, hvilka dock sakna skarpa gränser. Närmast ryggmärgens periferi äro de långsträckta i sagittal riktning och följa till sin utbredning i någon mon, men ingalunda regelbundet de från pia inträngande septa. På vissa ställen nå härdarna ut till ryggmärgens periferi, på andra ej (degenerationens art på de förra ställena öfverensstämmer med den s. 22 för

bröstmärgens motsvarande delar beskrifna). — Längre framåt äro härdarna mera regelbundet rundade, vanligen ovala; här ega de ringa utbredning i både horisontel och vertikal riktning. Granskar man dessa härdar på de i serie vunna snitten, kan man på de flesta ställen påvisa kärl i härdarnas midt eller därinvid; degenerationen är dock ej uteslutande begränsad till dessa kring kärlen liggande härdar.

Kärlen visa ingen afgjord förökning till antal och äro ej als utspända med blod. Någon cellinfiltration af deras väggar iakttages, men den når ej högre grad på de degenererade partierna än på de kringliggande, relatift friska.

Skleros förekommer å de förändrade områdena, men har ej hållit jämna steg med degenerationen. Efter hvad karmin-preparaten utvisa, är sklerosens fördelning i härdar ej så tydligt framträdande som degenerationens. Den ökas emellertid uppåt, så att man på den öfre af de nu beskrifna delarna, d. v. s. mot midten af ländmärgen, ser mera sammanhängande partier af mellansubstans utan nervelement.

I degenerationshärdarna och i någon mon äfven omkring de samma iakttagas en mängd förändrade nervtrådar (bild IV); ganska många dylika te sig i form af rätt stora, både med hematoxylin och karmin ofärgade *luckor*, hvars rand på hematoxylin-preparaten vanligen framträder distinkt; de nå en diameter af 25 ända till 50 μ. Dessa bildningar äro talrikare mot midten af ländmärgen än längre ner i ryggmärgen. — Vid granskningen af Weigerts preparat kan man med lätthet påvisa alla öfvergångar från den normala nervtråden till dessa luckor. Man kan följa, hurusom i samma mon som märgskidan ansväller, dess färgbarhet med hematoxylin altmera aftager; dock bibehåller dess yttre rand sin färgbarhet oförminskad. På detta stadium visar sålunda nervtråden ett centralt ofärgadt fält och däromkring ett färgadt bälte, hvars färgstyrka aftager från den distinkt framträdande yttre randen inåt. Då märgskidan ansvält ännu mer, är det blott själfva begränsningsranden utåt, som upptager färgen, och luckan är färdigbildad. En del af dem bevara sin regelbundna, vanligen ovala form; hos andra har randen blifvit taggad och ojämn samt luckans form omgestaltad på de mest växlande sätt. Man finner ock luckor, där äfven själfva randen är helt svagt färgad, så att den endast vid uppmärksamt iakttagande och försiktig vridning af mikrometerskrufven kan påvisas. Äfven påträffas enstaka luckor af liknande storlek och oregelbunden form, vid hvilka ingen randbegränsning är möjlig att med säkerhet iakttaga. Man tyckes med fullt fog kunna antaga, att här ett utfall af de förut beskrifna bildningarna egt rum.

I en del af de luckor, hvilkas rand är färgad, kunna inga som hälst formelement upptäckas; i andra af dem kan man påvisa axelcylindern, som vanligen ej är centralt belägen, och som med ett fint, nästan ofärgadt nätverk är förbunden med luckans kant; den befinnes ingenstädes vara tydligt ansväld, men stundom skrumpnad. Ofta ser man en, två eller flere levkocyter invandrade i luckorna och stundom inbäddade i ett liknande nät. I härdarna vid mellersta delen af ländmärgen kan man här och hvar i luckorna se små kornceller (= Körnchencellen).

Ett stycke *högre upp i ländmärgen* mister degenerationen i hufvudsak sin härdformiga karakter och begränsar sig till ett sammanhängande område af tämligen regelbunden rektangulär form (bild I *h*). Det är beläget symmetriskt, alldeles invid det mediana septum och intager mellersta tredjedelen af baksträngens sagittala utsträckning samt ungefär halfva dess bredd. Från detta fält förlöpa bakåt tvänne stråk af degenererad väfnad på något afstånd från det mediana septum, men nå dock ej ryggmärgens periferi. Därjämte finnas utanför dessa områden smärre härdar, men i ringa antal. Det stora degenererade fältet visar sig på hematoxylin-preparat nästan ofärgadt och innehåller helt få intakta nervtrådar; en del måttligt ansvälda märgskidor synas, eljest är partiet hufvudsakligen uppfyldt af en ganska tät skleros. Här finnes en riklig mängd kärl dels kapillärer dels något större kärl, hvilkas väggar förete någon cellinfiltration. Emellan detta nu beskrifna, höggradigt degenererade område och den intakta nervväfnaden finnes ett tämligen smalt öfvergångsbälte, i hvilket ganska många ansvälda märgskidor iakttagas, flere af dessa i form af de förut beskrifna luckorna.

På *öfvergången till bröstmärgen* intages baksträngarnas centrala del fortfarande af ett stort fält med höggradig degeneration och väl utvecklad skleros, hvilket dock här har en triangulär form, med spetsen framåt (bild I *g*). Partiet närmast bakom kommissuren är tämligen fritt från lesion. Däremot är hela dorsala delen af baksträngarna, d. v. s. partiet bakom det omnämnda triangulära fältet — utom zonen allra närmast periferien — stadd i degeneration; denna har dock ej på långt när nått samma grad som längre fram i baksträngarna. Det finnes en antydan till härdar, men de äro konfluerande. Jämte intakta nervtrådar iakttagas här dels talrika ansvälda märgskidor i alla öfvergångsformer ända till de stora luckorna, dels väl utvecklade kornceller i ett ej ringa antal. Kärlväggarna visa en ökad halt af celler, hvilken förändring är mest uttalad på det främre fullständigare degenererade området.

I *nedersta delen af bröstmärgen* intager lesionen hela baksträngen utom en mycket smal zon längs grå substansen (bild I *f*). Degenerationen är ingenstädes fullständig, utan ser man öfveralt sparsamma nervtrådar dels intakta dels måttligt ansvälda. Sklerosen är ganska väl utvecklad, och luckor finnas ingenstädes. Enstaka kärl visa tämligen höggradig cellinfiltration.

Dessa förhållanden blifva i hufvudsak bestående genom hela bröstmärgen. Dock visar baksträngarnas centrala parti sig altmera fritt från nervelement, ju högre upp man kommer. Först i *bröstmärgens öfre del* kommer detta centrala, nästan fullständigt degenererade parti att motsvara Gollska strängarna (bild I *e*). I de Burdachska finner man här dels skleros, dels ett tämligen betydligt antal ansvälda märgskidor; äfven luckor förekomma, men ganska sparsamt. Degenerationen uppträder ej i härdar. Ungefär vid midten af bröstmärgen på ena sidan genombryter degenerationen på en nära ryggmärgens periferi belägen sträcka zonen närmast bakre hornen, som eljest skonas af den sjukliga processen.

Bältet närmast periferien afviker på ett i ögonen fallande sätt från baksträngarnas öfriga delar; på hematoxylin-preparaten är dess

färg visserligen fullt så ljus som det öfriga degenererade partiets, men på karmin-preparaten är den nästan mindre färgad än till och med den normala hvita substansen. På detta område finnas inga oförändrade nervtrådar; märgskidor, som äro ansvälda och svagare färgade än normalt, iakttagas (på Weigerts preparat), dock ej i riklig mängd; de flesta af dessa äro oregelbundet formade. Synfältet är till största delen uppfyldt af en nästan amorf, dock något kornig massa, som behållit föga af hematoxylinets färg, dock i växlande intensitet på olika preparat, altefter differentieringens olika grad. Väl bibehållna och färgbara kärnar finnas, fast i sparsam mängd. På karmin-preparaten tyckas mellansubstansens strängar vara något ansvälda; deras gränser äro ej så väl markerade som eljest; deras färgbarhet kanske något mindre än å snittens öfriga delar. Någon verklig förökning af mellansubstansen tyckes ej vara för handen. Kornceller finnas i måttlig mängd. Kärlen visa ingen förändring — utom den öfveralt i baksträngarna förekommande förtjockningen af deras väggar (alltså finnes ej den längre fram i baksträngarna observerade cellinfiltrationen hos väggarna).

I *halsansvällningens nedre del* har antalet färgbara nervelement inom Gollska strängarna ytterligare reducerats, så att dessa strängars gränser framträda tydligare än i bröstmärgens öfre del (bild I *d*). Här finnas inga intakta nervtrådar utan endast en ringa mängd märgskidor, hvilka alla äro föga ansvälda. För öfrigt tillväxer äfven inom Burdachska strängarna så väl degenerationen som sklerosen i intensitet; processen är ej fördelad i härdar. Den totala degenerationen utan skleros, som i bröstmärgen intager bältet längs periferien, börjar här att minskas till utbredning; den lemnar nämligen inom Gollska strängarna delvis rum för den längre framåt härskande degenerationsformen; inom Burdachska strängarna finner man på vissa ställen delvis intakt nervväfnad närmast periferien.

Vid *midten af halsansvällningen* utmärkes gränsen mellan Gollska och Burdachska strängarna af ett mycket smalt bälte, i hvilket finnas en del oförändrade nervtrådar, men därjämte några ansvälda märgskidor (bild I *c*). Omedelbart lateralt om dessa bälten ligger å hvardera sidan ett långsträckt fält, nående nästan ända fram till kommissuren och med spetsen böjd något lateralt. Dessa fält förete en hög grad af degeneration; de intagas nämligen af en tät skleros med blott sparsamma nervelement, af hvilka nästan inga äro intakta. Emellan dessa fält och den oförändrade zonen närmast bakre hornen finnes ett bredt öfvergångsbälte, i hvilket ett stort antal af märgskidornas vanliga degenerationsformer, äfven rätt stora luckor iakttagas. Kärlens cellininfiltration, som hufvudsakligen är bunden till de perivaskulära rummen, är inom Gollska strängarna starkare utvecklad än längre ned i ryggmärgen; inom Burdachska har den ej nått samma grad som inom Gollska.

I *öfversta delen af halsmärgen* strax under pyramidkorsningen befinnes baksträngarnas främsta del tämligen oberörd af degenerationen, som i den öfriga halsmärgen och nästan hela bröstmärgen nått helt nära kommissuren (bild I *b*). Den närmast periferien belägna delen af Gollska strängarna visar här i endast ringa utsträckning kornigt sönderfall, men tämligen regelbundet ansvälda märgskidor finnas i ganska

riklig mängd och därjämte några oförändrade nervtrådar. Öfver hufvud taget eger det degenererade området inom dessa strängar här mindre omfång än längre ned i halsmärgen. Äfven här har bältet af intakta eller mindre förändrade nervtrådar på gränsen mellan Gollska och Burdachska strängarna ökats till bredd. De förut omtalade fälten i de senare strängarna äro nästan fullständigt degenererade. Kärlen i de Gollska strängarna visa en kolossal mängd celler i de perivaskulära rummen; i Burdachska är deras antal visserligen ökadt, men vida mindre.

Degenerationens gräns uppåt har jag sökt följa på seriesnitt af *förlängda märgen* (bild I *a*). Den når inom Gollska strängarna helt upp till deras kärnar (nuclei funicul. gracil.); uppemot de senares nedre gräns minskas lesionens utbredningsområde; därjämte uppträda en del oförändrade nervtrådar, uppåt tilltagande i antal; men i likhet med hvad fallet är i halsmärgens öfre del, finnas här så godt som inga ansvälda märgskidor. — Inom Burdachska strängarna äro kärnarna (nuclei funicul. cuneat.), som bekant, belägna något högre upp, och jag har först på de högsta snitt, jag erhållit från förlängda märgen, funnit dessa kärnars nedersta gräns. Här kvarstår ännu degenerationen, men dess utbredningsområde har minskats, och ett ökadt antal färgbara nervelement framträder. Därjämte finnes en del ansvälda märgskidor, hvilka dock alla hafva en helt måttlig storlek. Sklerosen liksom den perivaskulära cellinfiltrationen är i bägge strängarna väl utvecklad. Zonen närmast periferien består hufvudsakligen af intakta nervtrådar.

Sidosträngarna.

I *sakralmärgen* och *större delen af ländmärgen* hafva pyramidbanorna på Weigerts preparat en något ljusare färg än den öfriga hvita substansen, men nedom midten af ländmärgen kunna blott en del måttligt ansvälda märgskidor påvisas. I midten af ländmärgen iakttagas däremot dels förstorade märgskidor i form af verkliga luckor dels en stor mängd myelinkorn, som starkt färgats med hematoxylin. Ansvälda axelcylindrar synas här och hvar; äfven finnas sparsamma kornceller.

I *öfversta delen af ländmärgen* omfattar degenerationen, som här på Weigerts preparat framträder genom en tydligt ljusare färg, större delen af strängarna bakom processus laterales, når dock ingenstädes fram till grå substansen eller helt ut till periferien. I centrum iakttagas några normala nervtrådar, mycket talrika, ansvälda märgskidor, äfven i form af mycket stora luckor, därjämte myelinkorn, dels väl dels helt svagt färgade samt kornceller i ej ringa mängd. Emellan detta nu skildrade parti och den normala nervväfnaden finnes en bred öfvergångszon, i hvilken blott synas de vanliga degenerationsformerna af ansvälda märgskidor. Inom sidosträngarna i hela sakral- och ländmärgen kan ingen förökning af mellansubstansen eller förändring af kärlen påvisas.

I *nedersta delen af bröstmärgen* finner man de normala nervtrådarna uppträda mera sparsamt i de centrala delarna af degenerationsområdet; här förekomma äfven myelinkornen mindre talrikt, och de

stora luckorna saknas nästan alldeles. (bild V). I stället är synfältet här till stor del uppfyldt af en nästan amorf massa, som mycket liknar den i baksträngarnas perifera bälte förekommande, men som här är starkare färgad med hematoxylin; därjämte visar den en riklig mängd kornceller, af hvilka många nå en betydande storlek. Nevroglian tyckes vara diffust ansväld.

Ett litet stycke *högre upp i bröstmärgen* har degenerationen utbredt sig, så att det blott vid främre hornets spets finnes ett sammanhängande parti intakt nervväfnad. Strängarnas hela omfång ända till processus laterales bildar ett sammanhängande degenereradt fält med undantag af zonen närmast bakre hornet, som äfven här är intakt. Framom detta stora fält finnas här och hvar mindre härdar; några af dem, dock ej alla, äro långsträckta i radiär riktning. De följa sålunda delvis de piala septa, men något bestämdt sammanhang mellan lesionens utbredning och fördelningen af dessa septa kan ej påvisas; detta är ej häller fallet i den öfriga delen af bröstmärgen. Den mest förändrade delen, d. v. s. det centrala partiet af det stora degenerationsfältet, är på Weigerts preparat nästan alldeles ofärgad. Den mikroskopiska bilden sammanfaller med den för nedersta delen af bröstmärgen skildrade, utom att den amorfa massan här bibehållit mindre af hematoxylinets färg och att intakta nervtrådar alldeles saknas. På andra ställen, särskildt i strängarnas främre del, finner man alla öfvergångsstadier till den intakta nervväfnaden; här iakttagas äfven ej få stora luckor. På några ställen förekomma ansvälda axelcylindrar, men ingenstädes talrikt. — Här och hvar, men ej närmast periferien, är *mellansubstansen* tämligen mycket ansväld; dess gränser dock äfven här otydliga. En verklig tillväxt af den samma torde här föreligga; äfven visa dessa delar på karmin-preparaten starkare färgning än den normala hvita substansen. — Hos *kärlväggarna* finnes i hela sidosträngen någon cellinfiltration. Den är starkast uttalad i det degenerade partiets periferi och aftager betydligt in mot dess centrum. I partiet närmast ryggmärgens periferi finnes den ej hos de smärre kärlen, utan blott hos de stora, som följande de piala septa framtränga ända mot den grå substansen.

Upp genom *större delen af bröstmärgen* kvarstå de nu skildrade förhållandena ungefär oförändrade, utom att lesionen altmera intresserar äfven själfva bältet närmast periferien.

I *bröstmärgens öfre del* reduceras dock degenerationens utbredning märkbart; den når ej mera framom processus laterales. Från sidosträngens bakersta del kan den följas framåt dels längs periferien, där den är fullständig och ej förenad med någon tillväxt af nevroglian, dels längs bakre hornet på något afstånd från det samma, där den är ofullständig och förbunden med en tydligt uttalad, diffus förökning af mellansubstansen.

Upp mot öfversta bröstmärgen begränsar sig degenerationen alt mera till ett bredt bälte, som omfattar bakre delen af sidosträngens periferi; ännu tydligare framträder detta i *halsmärgen*. I denna finner man strängarnas öfriga delar intakta, utom att det i deras bakre hälft iakttages spridda, ansvälda märgskidor, några i form af rätt stora

luckor. Det fullständigt degenererade området visar ingen förökning af mellansubstansen, utan är på karmin-preparat afgjordt ljusare färgadt än den normala hvita substansen. Å detta parti iakttages här och hvar någon cellinfiltration hos kärlen, men den är ej mera uttalad, än man finner den i de nästan intakta delarna af strängarnas bakre hälfter.

Dessa förhållanden fortfara genom hela halsmärgen. I nedre delen af *förlängda märgen* kvarstår det degenererade partiet och är beläget omedelbart framom bakre hornens hufvud. Det omfattar äfven här själfva periferien; dess utbredning är emellertid mindre längs denna, men det sträcker sig djupare in i organet än, hvad fallet är i halsmärgen. Degenerationen är ej fullständig; den förut omtalade, nästan amorfa massan förekommer visserligen äfven här, men därjämte talrika, regelbundet ansvälda märgskidor. På seriesnitten finner man, hurusom detta parti uppåt antager altmera den normala hvita substansens färg (på hematoxylin-preparat), beroende på att den amorfa massan försvinner, och att det uppträder alt flere först mindre ansvälda märgskidor, därefter normala nervtrådar. På de öfversta snitten i serien, d. v. s. i jämnhöjd med nedersta gränsen af Burdachska strängarnas kärnar, visar området ungefär normal färgstyrka, och endast en del ansvälda märgskidor iakttagas, hvilka dock alla äro tämligen små.

I *främre strängarna* finnes genom hela bröstmärgen, äfvensom i öfversta delen af ländmärgen en föga utbredd degeneration, som i allmänhet begränsar sig till randpartiet längs den mediana fissuren. Den uppträder än som ett sammanhängande område, än i spridda fläckar, hvilkas fördelning ej kan sättas i bestämdt sammanhang med utbredningen af septa. De degenererade partien intagas till stor del af ansvälda märgskidor, många i form af rätt stora luckor; äfven iakttagas en del kornceller och en ringa mängd amorf massa; mellansubstansen visar en lindrig förökning.

Tilläggas skall slutligen, att ingenstädes i ryggmärgen detritusmassa finnes anhopad i perivaskulärrummen.

Amyloidkroppar påträffas här och hvar å de degenererade områdena, men i ett helt ringa antal; de äro alla af måttlig storlek.

Utom de nu beskrifna degenerativa förändringarna kan man påvisa några sklerotiska härdar, hvilka vid jämförelse med de i fall I och II omnämda kunna igenkännas som uppkomna ur små blödningar; detta låter dock endast sig göra, då de äro belägna i intakt nervväfnad. Jag har äfven funnit ett par tämligen färska, skarpt begränsade blödningar; inom deras område synes ej spår af nervelement.

Lissauers fält hafva ingenstädes funnits angripna af degeneration*). Grå substansen är utan anmärkning**). Bakre såväl som främre nervrötterna äro öfveralt intakta. Ryggmärgens mjuka hinnor visa ingen förändring.

---

*) Detta förtjenar så mycket mera beaktande, som i vissa delar af ryggmärgen, särskildt bröstmärgen, all den omgifvande hvita substansen befinnes fullkomligt degenererad.

**) Främre hornens ganglieceller visa likvisst genom hela ryggmärgen en förändring, bestående däri att kärnarnas rand först blifver naggad och ojämn, där-

Af den lemnade beskrifningen torde det tydligt framgå, att i *baksträngarna* föreligga tvänne olikartade processer, nämligen dels den med skleros förbundna mer eller mindre fullständiga degenerationen dels den med nästan totalt sönderfall af nervtrådarna utan någon förökning af mellansubstansen. Den senare förändringen begränsar sig till partiet närmast ryggmärgens periferi. Sönderfallet har ej drabbat mellansubstansen, enär det iakttagas både bibehållna kärl och väl färgbara kärnar, om ock i sparsam mängd; men på grund af frånvaron af särskilda förändringar hos kärlen och af tydlig förökning af mellansubstansen måste man antaga, att processen börjat helt kort tid före döden. Ty hela vår uppfattning om förloppet af de patologisk-anatomiska processerna inom nervsystemet gifver vid handen, att ett sönderfall af nervtrådarna, sådant som här iakttagits, måste efter en tid framkalla tillväxt af mellansubstansen. — Lesionens utbredning till ett bälte längs ryggmärgens periferi visar ej öfverensstämmelse med något visst system ej häller med fördelningen af kärlen eller septa, utan får den betecknas som diffus.

Af helt annan art än denna till det perifera bältet begränsade förändring är den, som finnes längre fram i baksträngarna. Den kan visserligen tyckas vara tämligen olikartad på olika ställen, men visar öfveralt öfverensstämmelse däri, att nervtrådarnas undergång är förbunden med förökning af mellansubstansen, äfven om denna på skilda ställen i olika grad följer degenerationens intensitet, och att det alltid hos de förändrade nervtrådarna kan spåras degeneration efter en och samma typ (som s. 21 skildras), huru olika de än må te sig, samt slutligen däri att ingenstädes finnes spår af kornig eller amorf massa. Genom dessa egenskaper kan denna lesion igenkännas vara af mera kroniskt förlopp af äldre datum och jämväl af annat slag än den närmast periferien uppträdande.

I likhet med hvad MINNICH[7]) i några af sina fall (I, II, V, VI) påträffat, iakttages i det i fråga varande en likformig degeneration af Gollska strängarna inom halsmärgen och öfre bröstmärgen, hvilken måste betecknas som systematisk, men i

---

efter deras form oregelbunden samt slutligen själfva kärnarna skrumpnade; äfven kan denna förändring gå så långt, att kärnan aftecknar sig endast otydligt mot cellkroppen. Emellertid har jämförelsen med andra ryggmärgar, där jag funnit samma förhållande, fast mindre uttaladt, öfvertygat mig, att det är fråga om en postmortal, kanske genom härdningen uppkommen förändring.

ländmärgen en i härdar fördelad process. Denna anordning af degenerationen har MINNICH[7]) förklarat på så sätt, att processen börjat med härdarna i ländmärgen, hvilka afbrutit bacsträngarnas långa banor strax efter deras inträde i ryggmärgen och sålunda skilt dem från deras i spinalganglierna belägna ganglieceller, härigenom framkallande den strängformiga degenerationen i ryggmärgens öfre del; denna skulle således vara en sekundär, uppstigande process. Vi skola nu tillse, huruvida denna uppfattning kan ega giltighet för här i fråga varande fall.

Ur den förut lemnade detaljerade beskrifningen framgår det, att vissa delar af det degenererade området äro i hufvudsak intagna af en tät skleros och visa ett mycket ringa antal nervelement som alla äro föga ansvälda (t. ex. inom Gollska strängarna i halsmärgen), under det att andra delar visa en jämförelsevis ringa förökning af mellansubstansen. men talrika i degeneration stadda nervtrådar, många i form af stora luckor (t. ex. i härdarna i ländmärgen). Anledningen till att på de senare ställena en del märgskidor kunnat ansvälla till denna kolossala storlek, har man att söka däri, att tillväxten af mellansubstansen ännu ej hunnit utfylla de genom undergång af nervtrådar uppkomna rummen, och får man därför uppfatta närvaron af dessa luckor som ett bevis på, att processen är af någorlunda akut eller subakut förlopp samt ej af mycket gammalt datum; ty när sklerosen nått en betydligare utveckling reduceras nödvändigtvis åter de ansvälda märgskidornas omfång, så att de slutligen helt undanträngas af den nybildade mellansubstansen och resorberas. Från denna synpunkt äro vi således i stånd att till en viss grad bestämma lesionens relativa ålder på olika ställen.

Inom Gollska strängarna aftager degenerationens såväl som sklerosens fullständighet likformigt från halsmärgens öfversta del och nedåt; i nedersta bröstmärgen och ländmärgen, där Gollska strängarna ej längre låta sig anatomiskt bestämmas, kan samma aftagande nedåt af de båda med hvarandra förknippade processerna påvisas inom mediala delarna af baksträngarna; först vid midten af ländmärgen iakttagas de till stora luckor ansvälda märgskidorna. Dessa förhållanden afgifva således bestämda skäl för att uppfatta processen som äldst i halsmärgen och yngst i ländmärgen eller m. a o. att betrakta den som *nedstigande*.

Med denna uppfattning öfverensstämmer också kärlens förhållande väl. I härdarna inom ländansvällningen visa deras

väggar blott en ringa cellinfiltration, denna tillväxer altjämt uppåt (inom Gollska strängarna), och i halsmärgens öfversta del finnas kärl med kolossal cellanhopning.

Då processen i ländansvällningen tvifvelsutan är af jämförelsevis ringa ålder, men den dock är af ganska betydlig intensitet, måste den hafva befunnit sig i rask utveckling, under det att degenerationen af Gollska strängarna i halsmärgen synbarligen varit en i hufvudsak afslutad process. I fall cellinfiltrationen närmast varit bunden till en pågående degenerationsprocess, skulle man därför funnit den bäst utvecklad på det förra stället. Då nu så ingalunda är fallet, måste den betraktas som sekundär i förhållande till degenerationen, och i själfva verket tyckes dess utvecklingsgrad hålla jämna steg med sklerosens.

Det har ofvan påpekats, att degenerationen af Gollska strängarna på grund af sin utbredning framstår som en systemlesion. I öfverensstämmelse härmed står det ock, att processen sträcker sig helt upp till dessa strängars kärnar; det är nämligen vid dessa kärnars celler, som strängarnas nervtrådar finna sin ändpunkt (EDINGER[22]). Å andra sidan kan det dock påvisas, att degenerationen ej följt dessa nervtrådar i hela deras utsträckning nedåt genom ryggmärgen. Gollska strängarna eller åtminstone största delen af deras nervtrådar utgöra en direkt fortsättning af länd- och sakralnervernas bakre rötter; de delar, där dessa inträda i ryggmärgen, d. v. s. baksträngarnas bakre laterala partier äro nämligen fria från degeneration inom ländmärgen, liksom baksträngarna i sin helhet inom sakralmärgen. Detta förhållande kan emellertid finna sin förklaring i degenerationens nedstigande förlopp (jämf. s. 63).

Inom Burdachska strängarna i ryggmärgens öfre del är sklerosen mindre fullständig, cellinfiltrationen hos kärlväggarna mindre utvecklad samt mängden af kvarstående ansvälda märgskidor större än, hvad fallet är inom Gollska strängarna. Dessa omständigheter tyda på, att processen på det förra stället stammar från en något senare tidpunkt. Inom halsmärgen och öfversta bröstmärgen kan det äfven inom dessa strängar påvisas, att degenerationen och sklerosen aftaga i intensitet nedåt, och lesionen har altså äfven här haft ett nedstigande förlopp.

Genom hela halsmärgen, bröstmärgen och öfre delen af ländmärgen förekomma de betydligare ansvälda märgskidorna i rikligare mängd i öfvergångszonen till det intakta bältet när-

mast grå substansen än i strängarnas centrala delar. Detta förhållande gör det — enligt hvad förut anförts — sannolikt, att degenerationen angripit de först nämnda delarna senare än de sist nämnda; således tyckes den hafva befunnit sig i utbredning ej blott i vertikal riktning nedemot ryggmärgens kaudala ände utan äfven i horisontel framemot grå substansen.

Degenerationen uppträder ej fördelad i tydliga härdar utom i mellersta och nedre delarna af ländmärgen. Anordningen af härdarna tyckes här — åtminstone skenbart — bestämmas af kärlens fördelning. Frågan huruvida degenerationen inom Burdachska strängarna i ryggmärgens öfre del, liksom inom hela baksträngarna i dess nedre, kan uppfattas som en systemlesion eller som vaskulär process, kommer jag först längre fram att — så vidt mig möjligt är — söka belysa. Här vill jag endast framhålla, att degenerationsfälten inom Burdachska strängarnas främre delar i öfre och mellersta halsmärgen till sin form visa en omisskännelig likhet med dem, hvilka PFEIFFER[27]) beskrifvit i ett fall, där degenerationen utgått från de 2 öfversta bröstnervernas bakre rötter, och hvilka uppkommit genom förstöring af de öfversta bröstnervernas bakre nervrötter. Degenerationsfält af liknande form inom samma delar af ryggmärgen har äfven MAYER[27]) funnit i tvänne fall af kombinerad systemsjukdom; efter en med stor omsorg utförd analys af sina fall och med stöd af den nämnda iakttagelsen af PFEIFFER[20]) drager MAYER[20]) den slutsatsen, att dessa fält intagas af långa, uppstigande banor från öfre bröst- och nedre halsnerverna.

I *sidosträngarna* är degenerationen alldeles tydligt af vida yngre datum än i baksträngarna — det perifera bältet frånräknadt —, enär ingen eller blott en ringa förökning af mellansubstans förekommer trots den höggradiga förstöringen af nervelement. Inom hals- och bröstmärgen öfverensstämmer förändringen i många hänseenden med den i baksträngarnas perifera bälte, men tyckes i de delar, som ej ligga periferien närmast, vara af något äldre datum. Här finnes nämligen en, om ock ringa förökning af mellansubstansen, någon cellinfiltration af kärlväggarna — såsom ofvan visats — säkerligen en sekundär förändring, samt ett större antal regelbundet ansvälda märgskidor, delvis i form af stora luckor, hvilka senare kunna antagas kräfva längre tid för sin utbildning än den genom nervtrådarnas sönderfall uppkomna amorfa massan, som till hufvudsaklig del utfyller synfältet inom det perifera bältet. Sido-

strängarnas perifera bälte visar däremot samma förhållande som baksträngarnas*); och får således lesionen i sidosträngarnas periferi anses vara af något yngre datum än den, som finnes djupare in. Således intages i hela bröstmärgen och delvis i halsmärgen bältet längs bakre hälften af ryggmärgens periferi i hela sin utsträckning, blott med ett litet afbrott för de bakre rötternas inträde och Lissauers fält, af en likformig, mycket akut förstörelseprocess.

Betraktar man degenerationens utbredning, kan det tyckas, som om den i ryggmärgens nedre del visade förkärlek för pyramidbanorna och i dess öfre för lillhjärnsbanorna. Då de förra hafva sina ganglieceller och altså sitt trofiska centrum i hjärnbarken, de senare antagligen i Clark'ska pelarna**) och hufvudsakligen i ryggmärgens nedre hälft, skulle man möjligen häri kunna finna förklaringen till den nämnda utbredningen af degenerationen; här skulle man då åter finna samma förhållande, som jag påvisat beträffande baksträngarna, nämligen att den sjukliga processen först drabbar de från de trofiska centra mest aflägsna delarna af nervbanorna. Dock tror jag ej detta ega tillämpning i fråga om sidosträngarna, då degenerationen här inom hals- och bröstmärgen ej tyckes kunna uppfattas som systemlesion. Inom halsmärgen omfattar den visserligen hela lillhjärnsbanan, men sträcker sig något djupare in i ryggmärgen än denna. I bröstmärgen omfattar den både pyramid- och lillhjärnsbanorna, men når i ej oväsentlig grad äfven utom dem. Emot en systemlesion talar ock med bestämdhet den omständigheten, att man finner en nära öfverensstämmelse mellan randdegenerationen här och i baksträngarna; ty då processens utbredning på det senare stället ej kan sättas i sammanhang med någon känd bana, tyckes det orimligt att uppfatta de synbarligen på bägge dessa ställen så likartade processerna såsom varande af olika natur.

---

*) Det kan anmärkas, att kornceller förekomma i mycket riklig mängd i sidosträngarnas randparti, men blott sparsamt i baksträngarnas; enbart denna omständighet vågar jag dock ej tillägga någon betydelse för bedömandet af processens relativa ålder.

**) I ett nyligen offentliggjordt arbete har visserligen LOEWENTHAL[32]), på grundvalen af talrika experiment — öfverskärandet af några af de bakre nervrötterna hos hund, katt, kanin och marsvin — kommit till den slutsatsen, att lillhjärnsbanorna ej stå i sammanhang med Clark'ska pelarnas celler samt att många af dessa banors nervtrådar stamma från dels samma dels motsatta sidans bakre rötter; men äfven denna åsikt innebär, att nervtrådarna hafva ett uppstigande förlopp och sina trofiska centra hufvudsakligen belägna nedom ryggmärgens midt.

På vissa ställen i strängarnas främre delar, särskildt inom bröstmärgen, finner man en tendens hos degenerationen att följa septa, men något bestämdt sammanhang mellan dem kan ej påvisas. Således får lesionen inom hals- och bröstmärgen betecknas som en diffus degeneration, hvilken är bäst utvecklad i strängarnas bakre hälfter, men därjämte inom bröstmärgen har en stark tendens att utbreda sig äfven till deras främre. I sakralmärgen, ländmärgen och möjligen netersta delen af bröstmärgen motsvarar däremot degenerationens utbredning tämligen noga gränserna för pyramidbanorna. Här vore det väl närmast att antaga en sekundär process i följd af det afbrott i banorna, som den diffusa lesionen i bröstmärgen framkallat. Såsom skäl för detta antagande kan ock anföras, att TOOTH[91]) vid sekundära degenerationer i tidigt stadium funnit förhållanden, likartade de af mig i detta fall iakttagna, nämligen på Weigerts preparat makroskopiskt ingen afvikelse från normala förhållanden, men mikroskopiskt talrika myelinkorn, starkt färgade med hematoxylin.

Degenerationen i *framsträngarna* är oregelbunden till sin utbredning och kan ej uppfattas som systemlesion.

Den uppfattning, som framgår ur den anatomiska undersökningen, att degenerationen i sidosträngarna är yngre än i baksträngarna, vinner stöd äfven ur de kliniska symptomen. Ty det förhållandet, att patellarreflexerna, trots de utbredda sidosträngslesionerna, aldrig befunnits stegrade, utan under ryggmärgssjukdomens hela förlopp försvagade eller upphäfda, kan lätt förklaras därigenom, att degenerationen i baksträngarna afbrutit banan för dessa reflexer, innan de reflexhämmande banorna i sidosträngarna börjat angripas. Denna förklaring är i full öfverensstämmelse med WESTPHALS[24]) uttalande om senreflexernas förhållande vid kombinerade skleroser af bak- och sidosträngarna: »de förlöpa under den kliniska bilden af »spastisk spinalparalys», i fall sjukdomen i sidosträngarna sträcker sig hela vägen ned, och baksträngarna äro fria från nedre delen af bröstmärgen och nedåt; äro dessa förändrade längre nedåt i större utsträckning eller i sin yttre del, så utveckla sig icke muskelrigiditet och spastiska fenomen; dessa blifva liksom neutraliserade genom förändringen af baksträngarnas nedre del» (s. 249).

Den anatomiska undersökningen har vidare visat, att degenerationen först skulle hafva angripit Gollska och Burdachska

strängarna i halsmärgen och de förra tidigast. Vill man jämföra de anatomiska förändringarna inom baksträngarna med de kliniska symptomen, mötes man af den svårigheten, att frågan om hvilken funktion, som tillkommer baksträngarnas olika delar, ännu ej nått sitt slutliga afgörande. Åtskilliga skäl tala dock för den på senare tid ofta uttalade uppfattningen (Gowers[19]), Edinger[22]), Redlich[48])), att baksträngarna skulle hysa banorna för muskelsinnet, och att inom ryggmärgens öfre del banorna för nedre extremiteternas muskelsinne skulle förlöpa inom Gollska strängarna, de för öfre i Burdachska. I det här i fråga varande fallet var rubbningen af benens muskelsinne samt ataxien af deras rörelser de första påvisade spinala symptomen. Hyllar man den nämnda uppfattningen om baksträngarnas funktion, öfverensstämmer detta väl med den slutsats, som dragits ur den anatomiska undersökningen, att Gollska strängarna i halsmärgen först skulle hafva drabbats af den sjukliga processen.

Vidare kan den, särskildt under lifvets sista tid, höggradiga paresen af extremiteterna förklaras genom lesionen inom sidopyramidbanornas område; och att paresen var mera uttalad för nedre extremiteterna, finner sin förklaring däri, att sidopyramidbanorna voro mindre angripna i halsmärgen än i bröstmärgen.

Slutligen torde den, särskildt inom bröstmärgen, mycket utbredda lesionen af sidosträngarna kunna tillerkännas betydelse för uppkomsten af den höggradiga rubbningen af hudsinnena, enär en väsentlig del af dessas banor — enligt nu gängse uppfattning — efter sin korsning, som sker strax ofvan inträdet i ryggmärgen, förlöper i sidosträngarna upp till förlängda märgen (Edinger[22]), Gowers[19])).

Fall IX. J. A., styrman, 42 år, från Lomma, inkom på Lunds länslasaretts medicinska klinik d. 17/11 1893, död d. 19/11 s. å. (Ribbing).

Resumé: *Haft syfilis vid 17 års ålder; eljest frisk till 3 år före döden, då svaghet i benen började; förbättrad på sjukhus, arbetsför till 1 år före döden. Sista året tilltagande matthet med svårighet och slutligen oförmåga att gå; starka dyspeptiska symptom och svår rubbning af allmänbefinnandet. Blodkropparnas antal strax före döden 590,000, höggradig pares af benen, förstärkta patellarreflexer, mest å. h. sida.*

Vid ***autopsien*** *mycket intensiv allmän anemi, talrika små blödningar i huden, dilatation och hypertrofi af hjärtat utan tydlig fett-*

degeneration; en synbarligen läkt tuberkulos i ena lungspetsen och bronko-pnevmoniska härdar i bägge lungorna.

I ryggmärgen en nästan fullständig degeneration af Gollska strängarna, en tämligen ofullständig sådan af en stor del af Burdachska i halsmärgen och öfre delen af bröstmärgen; nedåt aftager degenerationen så väl i omfång som i intensitet; når ej nedom midten af ländansvällningen. Zonen längs bakre hornen öfveralt fullkomligt intakt; äfvenså bältet utmed periferien förutom i halsmärgen, där det finnes en ringa grad af degeneration. Därjämte höggradig degeneration af h. sidopyramidbanan, uppåt halsmärgen något aftagande i intensitet, samt en ringa sådan af samma bana å v. sida.

På de degenererade områdena inga förändrade nervtrådar eller sönderfallsprodukter af sådana; mellan de kvarvarande, intakta nervelementen en tät skleros med fibrillär byggnad öfveralt utom mot degenerationens gräns nedåt, tilltagande i täthet uppåt halsmärgen; Gollska strängarna här tydligt skrumpnade.

Kärlens väggar inom de degenererade partien förtjockade med början de hyalin omvandling, i den intakta nervväfnaden oförändrade. De perivaskulära rummen å de förändrade områdena utvidgade öfveralt, där mellansubstansen har fibrillär byggnad, mest inom baksträngarna i bröstmärgen; mindre inom halsmärgen.

Anamnes: Pat. fick vid 17 års ålder syfilis, skall då hafva haft »paples», som betäckt hela kroppen utom ansiktet; vårdades härför 5 månader på sjukhus i Konstantinopel och skall där hafva genomgått 3 smörjkurer. Altsedan dess har pat. tjänstgjort som styrman och därunder, trots strängt arbete och ständigt missbruk af alkohol, alltid varit frisk och stark till 3 år före döden. Då fick han under en sjöresa, utan någon föregående värk i benen, svårighet att stödja på dem. Han vårdades då 4 månader på sjukhus i Melbourne och förbättrades, så att han kunde återtaga sitt yrke, men kände alltid en viss svaghet i benen. — Hösten 1892 intogs han på sjukhus i St. Francisco och vårdades där till i mars 1893, enligt egen uppgift under diagnos: »paralysis in the legs and tuberculosis in the lungs». I april återkommen till Sverige; under den tid han vistats här, har han lidit af allahanda symptom, såsom kräkningar, ojämn afföring, sömnlöshet, höggradig matthet och svårighet att gå. Lancinerande smärtor eller svåra smärtor af annan art skall pat. aldrig hafva lidit af*). Hullet skall sista året hafva aftagit raskt. Sedan några veckor alldeles oförmögen att gå. Sista veckan har han ej kunnat äta; däremot törstat och druckit mycket, men kräkts upp alt, hvad han förtärt.

Status præsens d. 17/11—19/11. Pat. ligger till sängs med slutna ögon, öppnar dem knappast, när han svarar på frågor; kan ej sitta upp i sängen; är mycket matt och blek. Huden torr, vaxgul; visar något ödem kring fotlederna. Pat. klagar öfver brännande törst; har upprepade kräkningar; hostar något, men sväljer expektoratet. Ingen

*) Denna uppgift har förf. jämväl fått bekräftad af läkare, som vårdat pat. före hans intagande på sjukhuset.

tydlig dämpning öfver lungorna å bålens framsida; trakealrassel höras. Hjärttonerna svaga utan biljud; pulsen svag, dess frekvens 110—120. Temp. normal (går ned till 36,5°). Mjältdämpningen tyckes ökad.

Vid (d. 19/11) företagen blodundersökning befinnes hemoglobinhalten (enligt Fleischl) vara 15—20 %, de röda blodkropparnas antal 590,000, de hvitas 3 à 4 på 100 röda. Blodkropparna af mycket växlande storlek och form; utom de vanliga synas »talrika mycket små partiklar af växlande form»; blodet koagulerar långsamt.

Urinen fri från ägghvita, socker och gallfärgämnen. Urinering och defekation försiggår nu liksom alltid förut normalt.

Pat. kan röra benen något, men deras kraft är obetydlig. Armarna kraftigare än benen; särskildt den h. Pupillarreflexerna finnas, äro starkast på v. sida. Buk-, cremaster- och plantarreflexer kvarstå. Patellarreflexerna äro förstärkta, mest på h. sida. Någon undersökning af sensibiliteten har på grund af pat:s nedsatta tillstånd ej kunnat utföras. Död d. 19/11.

Autopsi d. 20/11. Profobduktion under prof. ODENIUS.

Kroppsbyggnaden synnerligen kraftig; hull tämligen godt; muskulaturen reducerad. Allmänna hudfärgen synnerligen blek, starkt dragande i gult. Sparsamma och svagt uttalade likfläckar. Öfver hela kroppen särskildt öfver buken, nedåt h. låret, på båda underbenen och v. öfverarmen hampfröstora — — — — blödningar. Bindehinnorna tydligt dragande i gult. Läpparna synnerligen bleka.

Bukorganens läge normalt. Bukhinnan öfveralt glatt. — — —

Vid bröstkorgens öppnande sammandraga sig lungorna icke. H. lungan fri; v. adherent. — —

I hjärtsäcken 100 cm³ klar, serös, gul vätska. *Hjärtat* något stort och bredt — — —. Pericardium glatt och genomskinligt, med tämligen riklig fettbeläggning. Blodet tunnflytande, ej så mörkt som vanligt. H. ventrikeln något dilaterad, med förtjockad, blek muskulatur. — — Tricuspidalostium 11 cm. vidt, genomsläpper alla 5 fingrarna. — — V. ventrikeln något dilaterad, med något förtjockad muskulatur; dennas färg betydligt blek, utan dragning i gult. Endocardium, valvler och mynningar utan anmärkning.

H. lungan mycket voluminös, visar allmänt emfysem — —. Lungans bakre partier mera resistenta, de främre pösiga; bakre nedre delarna blekt blåröda, öfre främre bleka —. Pleura glatt utom på laterala delen af undre loben, där den är ruggig af en tunn, fibrinös beläggning. Nedre lobens snittyta i öfre delen blekt gråröd, i nedre delen fläckigt gråröd. Vid tryck framkommer en mycket riklig mängd starkt lufthaltig, klar vätska; parenkymet på några ställen skört. Här och där minimala bronko-pnevmoniska härdar. — Ur bronkerna framkommer vid tryck ett hvitt, groft slem; de äro lindrigt, likformigt utvidgade; deras slemhinnor bleka. — — Bronkialkörtlarna små, måttligt fasta, svartfläckiga.

V. lungan normalt stor, öfveralt beklädd af en tjock pels, som består af de förtjockade och med hvarandra sammanväxta plevrabladen. Nedre lobens snittyta i öfre delen mörkt gråröd, i den nedre mera ljusröd. Vid tryck framkommer i öfre delen en måttlig mängd gul-

aktig vätska med ringa eller ingen lufthalt. Konsistensen här köttig, ej skör. En och annan liten pnevmonisk härd afgränsar sig från omgifningen. — I öfre loben flere hasselnötstora förhårdnader med ett gulhvitt, tämligen fast, delvis murbruksliknande innehåll, inbäddade i skiffrigt indurerad väfnad. — Bronkerna något utvidgade.

I hvardera *binjuren* finnes en stor, central håla. Undersökning af dessa organ är meddelad af prof. ODENIUS (Über intravitale Erweichung und Höhlenbildung in den Nebennieren. Nord. med. ark. 1895, n:r 20); han har påvisat, att dessa kaviteter uppkommit intra vitam genom någon sjuklig process af märgsubstansen, möjligen genom små blödningar.

Njurarna af något mer än normal storlek och påfallande ökad konsistens. Vikt omkring 225 gm. — — — Ytan blekt brunröd. — — Snittranden skarp, ej svällande. Pyramiderna tämligen bleka; barken blekt brunröd, med tämligen stark kärlfyllnad. Njurbäckenets slemhinna blek. Blåsan — — utan anmärkning.

Lefvern af normal storlek, tämligen resistent; acini små; snittytans färg brun, nästan vesuvinbrun. — Gallblåsan måttligt fyld af en ljusgrön galla; slemhinnan utan anmärkning.

Mjälten något stor, af ökad konsistens. Snittytan svartröd, med tydlig teckning, ej svällande. Trabekelverket något starkt framträdande. — — —

På h. stämbandet en mer än knappnålshufvudstor exkrescens af gråröd färg. Båda v. stämbanden diffust förtjockade.

I ileum äro folliklarna något svälda, eljest intet att anmärka.

Kalotten, som lätt aflossas från duran, är af något mer än vanlig tjocklek och ökad diploëhalt. Tabula vitrea interna ansenligt förtjockad — — —. Dura mater blek, diffust förtjockad och af vanlig spänning. — — Dess insida visar å ett stort parti öfver v. hemisferen en tydlig ruggighet. — — — Mjuka hinnorna diffust grumliga, nära midtellinien betydligt förtjockade, blodfattiga utom baktill. Deras maskor rika på en klar, färglös vätska. Gyri smala, skarpt framträdande; sulci breda och fördjupade. Pian utan adherenser. — —

Sidoventriklarna rymliga, innehålla en tämligen riklig mängd klar, rödfärgad vätska. — — — *Hjärnans* substans ganska rent hvit med något ökad konsistens och likaledes något ökad fuktighet; blodprickigheten helt ringa. På åtskilliga ställen, i synnerhet framtill, äro pialskidorna utvidgade och visa sig på snittytan som öppenstående, knappnålsvida lumina; härigenom erhåller snittet på sådana ställen ett tämligen grofpipigt utseende. Lilla hjärnan och de basala ganglierna visa samma tecken som den stora på blodfattigdom och ökad fuktighet; eljest intet att anmärka.

Å ett tvärsnitt genom öfversta delen af *ryggmärgen* visa de Gollska strängarna en grå, något genomskinlig snittyta, och företer detta gråfärgade parti en skarp, nästan linieformig gräns utåt Burdachska strängarna. Detta grå parti höjer sig icke öfver omgifningen, utan är snittytan slät. I viss dager framträder en skiftning i ockrafärg. På snittytan ser man i v. (påtagligen en felskrifning i stället för h.; jämf. den mikroskopiska undersökningen) sidopyramidbanan ett knapt hamp-

fröstort, ej skarpt begränsadt, likaledes grått parti. På andra tvärsnitt nedåt mellersta bröstmärgen visar sig det grå partiet i de bakre strängarna gripa öfver på Burdachska strängarna och där diffust förlora sig i frisk substans. Nedåt ländansvällningen blir den grå färgen alt otydligare och inskränktare, och hvita strimmor skymta fram.

Då pat. observerats på sjukhus endast de två sista dagarna före döden och i sitt nedsatta tillstånd gifvetvis kunnat lemna blott föga anamnestiska uppgifter, har journalen blifvit tämligen ofullständig. Diagnosens riktighet kan dock ej vara tvifvel underkastad, ty ett så lågt antal röda blodkroppar, som det här observerade (590,000), förekommer så godt som aldrig utom vid perniciös anemi, och i detta fall har därjämte vid sektionen ej påträffats någon sjuklig förändring, som kunnat gifva upphof till anemi.

En betydlig förökning af de hvita blodkropparnas relativa antal förefans visserligen i detta fall, men då blodundersökningen är utförd samma dag, som pat. afled, eger detta förhållande ingen särskild betydelse, enär det genom LITTENS[44]) arbeten blifvit kändt, att man vid undersökning kort före döden ofta finner en förökning af de hvita blodkropparnas antal — äfven en vida betydligare än den i detta fall iakttagna; och gäller detta ej blott vid perniciös anemi utan äfven vid andra sjukdomar.

Ryggmärgen.

Baksträngarna äro intakta i sakralmärgen; först vid *midten af ländmärgen* framträder degenerationen i dem. Den intager här tvänne symmetriska, ej mycket utbredda fält, hvilka förlöpa längs det mediana septum, men äro skilda från det samma genom ett lager intakt nervväfnad (bild II f); strängarnas laterala delar äro ej intresserade. Degenerationen är af ringa grad; mest uttalad midt emellan kommissuren och ryggmärgens periferi; öfvergången till den normala väfnaden sker på alla håll likformigt och så småningom.

Uppåt tilltager degenerationen såväl till omfång som intensitet i betydlig grad. I *öfre delen af ländmärgen* (bild II e) intager den ett triangulärt rum, med spetsen belägen framåt, nära kommissuren och lemnar fritt blott ett bälte längs bakre hornen, som dock är tämligen bredt, och ett något bredare längs periferien. Triangelns bas är dock afbruten genom ett lager intakt nervväfnad på ömse sidor om det mediana septum, hvilket kan spåras genom hela degenerationsområdet, men har största bredden i dess bakre del; härigenom erhåller det degenererade fältet en form, som närmar sig den af ett V. Gränsen för det förändrade området är afgjordt skarpare än längre ned i ryggmärgen, men ännu finnes en tämligen bred öfvergångszon till den friska

väfnaden. På det förändrade området äro de intakta nervtrådarna tämligen sparsamma, men degenerationen ej fullständig.

I *nedre delen af bröstmärgen* (bild II d) återfinnes samma förhållande, utom att bältet af frisk nervväfnad längs periferien, den grå substansen och det mediana septum minskats i bredd, särskildt på det senare stället, samt att degenerationen blifvit ännu fullständigare och dess gränser mot den friska väfnaden skarpare.

Ungefär samma utseende visa baksträngarna ett godt stycke uppåt. Vid *midten af bröstmärgen* äro de oförändrade nervtrådarna invid det mediana septum minskade till antal, så att de ej längre bilda något sammanhängande lager. Från den utmed periferien belägna zonen af oförändrad nervväfnad sträcker sig å hvardera sidan längs gränsen mellan Gollska och Burdachska strängarna ett smalt bälte kvarstående nervtrådar ett stycke framåt. Lateralt om detta bälte finnes blott ett ganska smalt stråk degenererad väfnad, som har en något större bredd å h. sida än å v. I bakre delarna af Gollska strängarna saknas nervelement alldeles; i deras främre delar liksom i de nämnda fälten i Burdachska strängarna äro nervtrådarna ganska talrika.

I *öfversta delen af bröstmärgen* (bild II c), omedelbart nedom halsansvällningen, kan det smala bältet af kvarstående nervtrådar på gränsen mellan Gollska och Burdachska strängarna följas längre framåt. Det lager af intakt väfnad, som i Gollska strängarna intager zonen närmast periferien, har i väsentlig grad aftagit i bredd. — Gollska strängarna visa en antydan till skrumpning, hviken dock ej är med full säkerhet iakttagbar.

I *nedre delen af halsansvällningen* (bild II b) finnas blott enstaka nervtrådar invid det mediana septum utom vid dess bakersta ände, där de bilda en från den intakta randzonen framskjutande tapp. Den af kvarstående nervtrådar bildade gränszonen mellan Gollska och Burdachska strängarna kan som ett sammanhängande lager iakttagas framåt till helt nära kommissuren. Degenerationsfälten i Burdachska strängarna hafva betydligt tilltagit i bredd och å hvardera sidan sändt en utlöpare till strängarnas bakre laterala delar; dessa områden hafva en afgjordt större omfattning å h. sida än å v. Gollska strängarna visa tydlig skrumpning; deras främre delar här mera angripna.

I *mellersta delen af halsansvällningen* har zonen af nervväfnad närmast periferien i Gollska strängarna afsmalnat och visar därjämte en ringa grad af degeneration. I strängarnas främre delar finnes blott ett fåtal nervtrådar kvar, och är detta äfven fallet ända fram vid kommissuren. Processen i Burdachska strängarna har tilltagit i utbredning, så att den lemnar fritt blott ett bälte längs grå substansen och periferien; den är ej fullt homogent utbredd, utan fördelad i härdar, hvilka dock i betydlig grad konfluera. Utbredningen af degenerationen är ungefär den samma å bägge sidor, men den besitter tydligen en större intensitet å h. sida.

I *öfre delen af halsansvällningen* (bild II a) (den högsta del af ryggmärgen, som erhållits till undersökning) når den fullständiga degenerationen inom Gollska strängarna framåt ej längre än halfvägs mot kommissuren, från periferien räknadt. I främre hälften finner man blott

en ringa grad af degeneration, som ej är homogent utbredd. Bältet af intakt nervväfnad på gränsen till Burdachska strängarna har betydligt tilltagit i bredd, och antalet kvarstående nervtrådar invid det mediana septum har ökats, utan att de dock bilda ett fullt sammanhängande lager. I Burdachska strängarna har degenerationen något aftagit såväl i intensitet som omfattning. Gollska strängarna visa här liksom i hela halsmärgen tydlig skrumpning.

Genom ryggmärgens hela längd iakttages vidare degeneration af *h. sidopyramidbanan*, hvilken, om den också ej öfveralt omfattar hela denna bana, dock ingenstädes når utom den samma. I mellersta ländmärgen är denna degeneration något bättre begränsad och mycket intensivare än den i baksträngarna, dock ingenstädes fullständig. I bröstmärgen däremot är degenerationen af pyramidbanan mindre skarpt begränsad än den i baksträngarna och visar inga sammanhängande fält utan nervtrådar. I halsmärgen bibehåller det degenererade området samma utbredning som i bröstmärgen, men det centrala och mest förändrade partiet visar en afgjordt ökad mängd bibehållna nervtrådar, och öfvergången till den intakta väfnaden blir mindre skarp.

Äfven *v. sidopyramidbanan* visar genom hela ryggmärgen en degeneration, som dock är af helt ringa grad.

I denna ryggmärg har det ej kunnat påvisas några smärre sklerotiska härdar, härrörande ur blödningar.

Degenerationen af h. sidopyramidbanan och den i baksträngarna visa samma mikroskopiska karakter. Ingenstädes några degenerationsformer af nervtrådarna; de på Weigerts preparat färgade nervelementen alla oförändrade. Sålunda varierar degenerationen på olika ställen blott till sin intensitet, men ej till sin art.

Tät *mellansubstans* utfyller öfveralt de genom nervtrådarnas undergång uppkomna rummen. Inom baksträngarna i mellersta delen af ländmärgen visar den nevroglians vanliga utseende, men i öfre delen af ländmärgen liksom i hela bröstmärgen är den tydligt fibrillerad (bild VI). Fibrillerna äro helt fina och förlöpa öfveralt tillsammans i stort antal, men kunna tydligt särskiljas och ofta följas en ganska lång sträcka i synfältet. På tvärsnitt af ryggmärgen finner man vissa fält med fibriller, som hafva ett tämligen parallelt förlopp, samt andra, där fibrillerna utbreda sig liksom solfjäderformigt. Emellan dessa fält med de i tvärsnittens plan förlöpande fibrillerna finnas andra, som visa ett mycket finkornigt utseende, hvilket, enligt hvad det framgår ur längdsnitt, beror på tvärsnitt af vertikalt förlöpande fibriller. På längdsnitten tyckes det, som om hufvudmassan af fibrillerna hade ett vertikalt förlopp, dock afbrutet af smärre vågformiga böjningar. I denna väfnad finnes en måttlig mängd kärnar; ingenstädes kan det iakttagas, att fibrillerna stå i förbindelse med eller utgå ifrån celler.*)

---

*) I detta sammanhang vill jag påpeka, att mellansubstans med tämligen likartadt utseende är afbildad af RIBBERT[45]) för ett fall af sclerose en plaques och af AUSCHER[46]) för ett af Friedreichs ataxi (eller vanlig tabes?). Den hade dock ej nått samma täthet som i det af mig skildrade fallet, och författarna kunde iakttaga fibrillernas sammanhang med nevrogliaceller samt därigenom igenkänna väfnaden såsom varande neuroglia.

Inom bakströngarna i halsmärgen visar den nybildade mellansubstansen i hufvudsak samma utseende; dock låta sig fibrillerna här ej särskiljas med samma tydlighet, och de olika fält, som på tvärsnitt intagas af de horisontelt och de vertikalt förlöpande fibrillerna, äro mindre distinkt afgränsade från hvarandra. Denna skiljaktighet beror säkerligen på, att sklerosen här besitter en större täthet, hvilket ock ger sig tillkänna därigenom, att den på karminpreparat visar en starkare färgning.

Den nu beskrifna fibrillära byggnaden besitter sklerosen ej blott å de fullständigt degenererade områdena i Gollska strängarna, utan äfven där det kvarstår talrika nervtrådar såsom i Burdachska strängarna i halsmärgen. — Äfven inom den degenererade h. sidopyramidbanan finner man denna fibrillära väfnad, dock ej i mellersta ländmärgen och därnedanför.

Inom den intakta nervväfnaden äro *kärlen* oförändrade, men å samtliga de degenererade områdena äro deras väggar förtjockade och visa en början de hyalin omvandling.

Här äro äfven de *perivaskulära rummen* utvidgade både hos flertalet kapillärer och de större kärlen; dock förekommer denna utvidgning ej i mellersta ländmärgen, där, såsom ofvan nämndt är, ej häller någon fibrillering hos mellansubstansen iakttages. Inom baksträngarna i öfre delen af ländmärgen hafva rummen en diameter af intill 0,1 mm. och i bröstmärgen till 0,2 mm.; i halsmärgen åter iakttages visserligen en rätt betydlig utvidgning hos de stora, i septa mellan strängarna förlöpande kärlen, men inne i strängarna finnes blott ett fåtal utvidgade rum, och de nå ej öfver en diameter af 0,1 mm. — I h. sidosträngen finnes en ringa utvidgning af perivaskulärrummen äfven i den intakta nervväfnaden närmast den degenererade pyramidbanan. — På den härdade ryggmärgen iakttagas de största af de nu omtalade perivaskulärrummen tydligt redan med blotta ögat, då de genom sin starkt gula färg sticka af mot den gråa hos de omgifvande, degenererade partien.

I dessa utvidgade lymfrum synes ett nätverk, som visar en tydlig, men ej vidare stark färgning med karmin. Därjämte finnes här en tämligen riklig, på några ställen till och med kolossal infiltration af levkocyter. För öfrigt utfyllas nätverkets maskrum af dels talrika kornceller dels en kornig massa, som ej kan påvisas vara belägen inom cellkroppar.

Vid de kärl, som sakna utvidgade perivaskulärrum, tyckes det, som om mellansubstansens fibriller lade sig intill kärlväggarna; men ingenstädes får man någon bild, som skulle visa, att fibrillerna stode i förbindelse med kärlväggen, hvars homogena och glänsande substans erbjuder ett helt annat utseende än den fibrillära väfnaden. På många ställen hafva fibrillerna en från kärlen utstrålande riktning.

På grund af frånvaron af ansvälda eller på annat sätt förändrade nervtrådar är det tydligt, att det här är fråga om en vida mera kronisk process än i det närmast förut skildrade fallet.

Vidare torde det vara fullt klart, att det föreligger en systemlesion af sidopyramidbanorna, som på v. sida är af helt ringa grad, på h. nästan fullständig. Äfven degenerationen inom baksträngarna och särskildt den af Gollska strängarna måste på grund af sin utbredning betecknas som systemlesion.

Degenerationens förhållande inom baksträngarna lemnar bestämda skäl för, att den äfven i detta fall börjat i halsmärgen och haft ett nedstigande förlopp. Genomgår man nämligen inom länd- och bröstmärgen baksträngarna nedifrån och uppåt, finner man, att degenerationens intensitet jämt tilltager och i ungefär motsvarande grad äfven utvecklingen af den fibrillära mellansubstansen och de perivaskulära rummens utvidgning. Att de senare kunnat nå en så betydande storlek, torde endast kunna förklaras därigenom, att den nybildade mellansubstansen ej omedelbart hunnit utfylla de genom nervtrådarnas undergång uppkomna rummen. — Inom halsmärgen äro Gollska strängarna tydligt skrumpnade, och mellansubstansen visar här därjämte större täthet än längre ned i ryggmärgen. Sålunda är skrumpningen påtagligen förorsakad af sammandragning af den nybildade mellansubstansen, och dess inträdande förklarar till fullo, att de perivaskulära rummen här minskats till omfång. De anförda förhållandena gifva tydligt vid handen, att processen inom halsmärgen besitter största åldern.

Då degenerationen ej nådde längre ned än till midten af ländmärgen och här begränsade sig till baksträngarnas mediala delar, lemnande rotinträdeszonerna fria, har processen trots den långa tid, som enligt såväl de anatomiska förhållandena som af de kliniska data att döma förflutit sedan dess början (de spinala symptomen skulle hafva uppträdt 3 år före döden), ännu ej hunnit angripa baksträngarnas långa banor i hela deras utsträckning, utan skonat den mest kaudala delen af dem.

Degenerationen inom Burdachska strängarna i halsmärgen och öfre bröstmärgen är ofullständig och har hvarken medfört tydlig skrumpning af dessa strängar ej häller utvidgning af de perivaskulära rummen till någon betydligare storlek, hvarför processen här med skäl må kunna anses vara af yngre datum än i Gollska strängarna.

Lesionen af h. sidopyramidbanan är i hela sin utbredning tämligen likformig. Den omständigheten, att den dock inom halsmärgen uppåt aftager något i intensitet, skulle möjligen afgifva skäl för att uppfatta denna process som uppstigande.

Man skulle då äfven här hafva en i riktningen mot nervtrådarnas trofiska centrum framskridande process, hvilket dock ej kan afgöras, då jag ej varit i tillfälle att undersöka det centrala nervsystemet ofvanför halsansvällningen.

Det kliniska förloppet af detta fall är altför litet kändt, för att det skulle kunna göras en genomgående jämförelse mellan de spinala symptomen och de anatomiska förändringarna i ryggmärgen. Likvisst förtjänar det framhållas, hurusom patellarreflexernas bibehållande står i full samklang med, att bakströngarnas laterala delar i ländmärgen och på öfvergången till bröstmärgen äro intakta, samt hurusom den mera uttalade stegringen af denna reflex å h. sida tillfullo förklaras af den höggradigare degenerationen i sidopyramidbanan å denna sida.

Förf. har äfven undersökt ryggmärgen från tvänne fall af psevdolevkemi (i fråga om sjukhistorierna se den förut nämnda gradualafhandlingen) och därvid ej funnit andra beaktansvärda förändringar än små blödningar och däraf uppkomna skleroser, hvilkas förekomst man ock hade rätt att vänta sig, då vid denna sjukdom liksom vid perniciös anemi små blödningar iakttagas i kroppens mest skilda organ.

II.

Bland de 9 af mig undersökta fallen af perniciös anemi har det i 5 (fall I, II, V, VI, VIII) påträffats färska små *blödningar* eller *sklerotiska härdar*, hvilka med bestämdhet kunna anses vara uppkomna ur dylika blödningar. Förekomsten af små apoplexier i ryggmärgens substans är redan af MÜLLER[2]) iakttagen i tvänne fall, fastän de ej mikroskopiskt undersökts. På senare tid har MINNICH[8]) beskrifvit bildningar, alldeles motsvarande dessa af mig skildrade, hvilka skulle förekommit konstant i alla de 13 fall af perniciös anemi, han undersökt. Äfven TAYLOR[16]) har omnämnt, hurusom han funnit sådana i tvänne fall. Ehuru NONNE[4]) i 15 af honom undersökta fall utan spinala symptom säger sig aldrig hafva funnit blödningar i ryggmärgen, tyckes det mig dock ej vara tvifvel om, att smärre blödningar i ryggmärgens substans äro en *mycket vanlig* företeelse vid perniciös anemi.

Då i de af mig undersökta fallen ryggmärgarna ingalunda altigenom sönderdelats i snitt, är det ju mycket möjligt, att

dylika blödningar eller sklerotiska härdar förefunnits äfven i något eller några af de öfriga 4 fallen, ehuru de ej påträffats på de undersökta snitten. Resultatet af MINNICHS[8]) undersökningar tyder nämligen på, att de skulle utgöra en konstant företeelse vid denna sjukdom. Dock visar erfarenheten, att det visserligen vid perniciös anemi alltid inom något eller några organ påträffas smärre blödningar, men ock att platsen för deras uppträdande i olika fall i hög grad växlar. Därför torde deras *konstanta* förekomst i ryggmärgen ej kunna anses vara en afgjord sak.

Något kliniskt eller större patologiskt-anatomiskt intresse ega dessa blödningar ej. Träffande tyckes mig vara, att — som MINNICH[8]) gör — ställa dem vid sidan af de vid den perniciösa anemien vanliga näthinneblödningarna, hvilka på grund af den diagnostiska betydelse, man velat tillägga dem, tilldragit sig stor uppmärksamhet. — Den af BIERMER[1]) meddelade iakttagelsen om fettdegeneration af hjärnkapillärernas väggar har senare ej bekräftat sig. MANZ[39]) har visserligen funnit smärre anevrismatiska utvidgningar af näthinnans kapillärer, men EICHHORST[3]) har senare visat, att dessa endast äro bildade af kapillärernas lymfskidor och uppkomna efter bristning af själfva kärlväggarna. Några förändringar hos kärlen i ryggmärgen, egnade att förklara blödningarnas uppkomst, äro ej påträffade hvarken af mig eller de andra författarna. Man får därför — i likhet med hvad som vanligen är fallet i fråga om näthinneblödningarna — uppfatta dem som en mera direkt följd af blodförändringen.

Beträffande de af mig iakttagna mikroskopiska bilderna tyckes det anmärkningsvärdt, att blodkropparna kvarstå tydligt urskiljbara så lång tid, att sklerosen redan hunnit börja, vidare att blödningen aldrig gifver upphof till aflagring af pigment, samt att nervtrådarna — såsom det framgår af de s. 39 och 43 skildrade härdarna — kunna föras i sär af blödningen utan att synbart förändras. Den sist nämnda företeelsen har äfven FOA[31]) observerat å små, friska blödningar i ryggmärgens substans, hvilka uppträdt i ett fall af svår influensa.

I 4 fall (II, VI, VII, VIII) af de 9 af mig undersökta fanns tydligt utvecklad förtjockning och början de hyalin omvandling af *kärlväggarna* utbredd öfver ryggmärgens hela hvita substans; dock framträdde den tydligast inom baksträngarna, särskildt i hals- och ländansvällningen. I tvänne (IV, V) har

spår af denna kärlförändring påträffats. I fall IX har den visserligen iakttagits på de degenererade områdena, men då den ej funnits inom den intakta hvita substansen, får den här anses hafva en annan ställning än i de öfriga fallen.

Äfven NONNE[4]) har i sina talrika fall utan tydliga spinala symptom funnit förtjockning och hyalin omvandling af kärlen. Det kan därför betecknas som faststäldt, att vid perniciös anemi kärlväggarna inom ryggmärgen vanligen äro förtjockade och mer eller mindre hyalint omvandlade.

En förändring af kärlen, liknande den nu omtalade, har emellertid påträffats äfven under andra förhållanden.

Särskildt den af REDLICH[43]) vid ett par fall af paralysis agitans beskrifna tyckes mig noga motsvara den, jag iakttagit vid perniciös anemi. Äfven beträffande utbredningen af förändringen förefinnes öfverensstämmelse; i REDLICHs fall var den nämligen, liksom i mina, mest utvecklad i baksträngarna, särskildt i hals- och ländansvällningen. I hans fall funnos dock därjämte små härdar af perivaskulära skleroser, hvilka emellertid synbarligen varit af afgjordt kronisk natur och ingalunda kunna ställas i jämnbredd med de vid perniciös anemi funna förändringarna.

Allmän förtjockning af kärlväggarna, hvilken kanske varit af samma art, har KETSCHER[47]) påträffat dels vid paralysis agitans dels som en senil förändring *). Äfven om det sålunda skulle visa sig, att likartade kärlförändringar kunna vara rent senila, må det likväl erinras, att patienterna i de här i fråga varande fallen af perniciös anemi ej nått en ålder, i hvilken man kan antaga förekomsten af senila förändringar. Emellertid har KETSCHER[47]) på grund af sina nämnda undersökningar dragit den slutsatsen, att »paralysis agitans icke är annat än uttrycket för en abnormt höggradig och något förtidig senilitet af nervsystemet», hvilken åsikt äfven redan förut uttalats af JACOBSOHN, DUBIEF och BORGHERINI. I öfverensstämmelse med detta uppfattningssätt skulle man ställa den vid perniciös anemi funna kärlförändringen i samband med det helt hastigt inträdande marantiska tillstånd, som denna sjuk-

*) Äfven DEMANGE[48]) har i åtskilliga fall hos mycket gamla personer iakttagit allmän förtjockning af de små kärlens väggar; men tyckas mig dessa fall ej kunna sammanställas med de ofvan anförda, då det hos dem förekommit en utbredd skleros inom ryggmärgen (äfven i några af KETSCHERs fall har funnits förökning af mellansubstansen, men den tyckes hafva varit af jämförelsevis lindrig grad) och under lifvet tydliga symptom af ryggmärgslidande.

dom medför. Ur denna synpunkt tyckes det beaktansvärdt, att i fråga varande kärlförändring bland de af mig undersökta fallen varit bäst utvecklad hos en patient (fall VII), som under flere år lidit af kronisk sinnessjukdom. Hos dylika inträder nämligen ofta en tidig marasm, enligt hvad prof. BENDZ, sedan många år ledare af obduktionerna vid Lunds hospital och asyl för sinnessjuka, muntligen meddelat mig.

När mina fall VIII och IX medräknas, finnes nära ett 20-tal fall af perniciös anemi beskrifna, hos hvilka därjämte en tydlig sjukdomsbild af ett ryggmärgslidande förekommit och hos hvilka utbredda degenerativa förändringar inom ryggmärgen påvisats. Då samtliga dessa fall äro meddelade under en tidrymd af endast 5 år (det tidigaste är af v. NOORDEN 1891), är den tanken utesluten, att sammanträffandet af de båda sjukdomarna skulle kunna vara en tillfällighet, äfven om dessa fall skulle vara sällsynta.

Den perniciösa anemiens sjukdomsbild för öfrigt kan i dessa fall ej påvisas hafva i något hänseende afvikit från den, man vanligen finner vid denna sjukdom. Äfven förloppet öfverensstämmer med, hvad man plägar iakttaga vid perniciös anemi; och den dödliga utgången af sjukdomen får tillskrifvas anemien i alla fallen utom ett (BULLOCHS[15]), där blodförändringen tyckes hafva gått alldeles tillbaka, och döden följt genom en transversel uppmjukning af halsmärgen). I ett af fallen (MINNICH III) har anemien varat endast $2^1/_2$ månader, men i ett annat (BOWMAN) har den egt bestånd under 3 år, dock med en nästan fullständig remission under denna tid; likvisst äro dylika växlingar af sjukdomens varaktighet observerade äfven i vanliga fall af perniciös anemi.

MINNICH har i tvänne fall (V, I, hvilket sist nämnda dock egentligen ej bör räknas hit, då de spinala symptomen ej voro tydligt utvecklade) funnit botriocephalus latus i tarmen *), och EISENLOHR[10]) i sitt fall en mycket höggradig atrofi af mag- och tarmslemhinnan. Då man velat tillskrifva denna atrofi och den nämnda bandmasken betydelse för uppkomsten af den perniciösa anemien, hvilket uppfattningssätt i fråga om den senare tyckes mig oafvisligt, finnes altså bland de kända fallen af

*) NONNE har vid sidan om dessa tvänne fall ställt ett af sina (I), i hvilket en Taenia mediocanellata fanns i tarmen; hvarvid likväl må erinras, att något sammanhang mellan uppträdandet af perniciös anemi och förekomsten af Taenia i tarmen hittills ej blifvit påvisadt.

perniciös anemi med spinallidande exempel på de etiologiskt skilda formerna, som man uppstält af den perniciösa anemien.

I $^2/_3$-delar af de hittils meddelade fallen har det varit män, som angripits af sjukdomen. Då emellertid antalet fall ännu är så ringa, torde det vara alldeles nödvändigt att afvakta vidare kasuistiska bidrag, innan man kan draga några slutsatser om predisposition för sjukdomen hos ettdera könet.

Sjukdomen — perniciös anemi med spinallidande — har nästan uteslutande förekommit inom medeläldern; den har nämligen i samtliga fallen utom ett enda (ARNINGS, som gälde en 26 års kvinna) uppträdt inom åldern mellan 35 och 60 år.

Ryggmärgssjukdomen har i allmänhet visat ett ganska hastigt förlopp; i större delen af de fall, vid hvilka upplysningar i detta hänseende föreligga, hafva de spinala symptomen ej förefunnits längre tid än ett halft år, i några af dem till och med ej längre än 2—3 månader (MINNICH: III, BULLOCH, mitt fall VIII); och blott i trenne längre tid än ett år: nämligen i NONNES fall II 16 månader, i BOWMANS 2 år och i mitt fall IX 3 år.

Parestesier i armar och ben hafva konstant förekommit. De hafva utgjort ett af de tidigast framträdande symptomen i alla fallen utom i ARNINGS och BOWMANS bägge, där svagheten af extremiteterna var det först iakttagna tecknet. I de öfriga fallen hafva parestesierna än observerats i sjukdomens början samtidigt med en dylik svaghet af nedre extremiteterna (MINNICH: III, IV, v. NOORDEN, EISENLOHR) eller med osäkerhet vid gående (NONNE II), än hafva de under första tiden utgjort det enda symptomet, och detta till och med under en ganska lång tid; i mitt fall VIII hade pat. sedan mer än ett år före döden känt armarna »tunga och konstiga», under det att de öfriga spinala symptomen kommo först de sista 2 månaderna, och i MINNICHS fall II hade parestesier i händerna och nedre extremiteterna uppträdt redan 8 månader före döden, under det att paresen och sensibilitetsrubbningen påvisades först sista månaden. — Förekomsten af gördelkänsla finnes anmärkt blott i tränne fall (v. NOORDEN, NONNE I, II); smärtor af tydligen lancinerande karakter icke i något.

Nedsättning af hudsensibiliteten är iakttagen i alla utom i tvänne (EISENLOHR, NONNE I) af de fall, hvilkas sjukhistorier innehålla någon uppgift om därpå utförd undersökning. I tvänne

fall (ROESEBECK, NONNE II) har denna rubbning efter en tid åter försvunnit, men i alla de öfriga har den kvarstått under sjukdomens hela vidare förlopp. Sensibilitetsrubbningen har i 3 fall (MINNICH II, VI, v. NOORDEN) påvisats endast å nedre extremiteterna, men i de öfriga både å öfre och nedre; dock har den nästan alltid varit mest uttalad å de nedre, och någon gång är det särskildt omnämndt, att den börjat här. I några fall har denna rubbning påvisats vara tilltagande i distal riktning. Där nedsättning af hudsensibiliteten förekommit, har den alltid drabbat trycksinnet; i några fall hafva därjämte temperatursinnena varit försvagade (MINNICH II, III, V, BOWMAN, mitt fall VIII), i andra åter befunnits normala (MINNICH IV, ARNING, BULLOCH). — Någon gång har sensibilitetsnedsättningen framträdt i endast ringa grad, men vanligen med full tydlighet, om ock sensibiliteten aldrig varit fullkomligt upphäfd.

Nedsättning af muskelsinnet finnes omtalad i 6 fall (MINNICH II, III, V, BOWMAN, ARNING, mitt fall VIII); då emellertid ataxi iakttagits i de flesta fallen, skulle enligt den förut framstälda uppfattningen äfven muskelsinnet i allmänhet hafva varit rubbadt. Öfver hufvud taget har ataktisk gång och *ataxi* af benens rörelser i öfrigt utgjort ett ganska framträdande symptom i sjukdomsbilden. I åtskilliga af fallen är dess förekomst äfven vid armarnas rörelser omtalad (MINNICH III, NONNE I, BOWMAN, ARNING, BULLOCH).

Det väsentligaste af ryggmärgssjukdomens symptom har emellertid i allmänhet *paresen af extremiteterna* varit. Likvisst finnes den ej omnämnd i 4 fall (MINNICH III, VI, NONNE II, ARNING). Härvid må dock erinras, att en allmänt utbredd pares ej kommer att framträda tydligt hos en pat., hvars krafter redan förut af en allmän sjukdom äro betydligt nedsatta. I de flesta fall har paresen angripit både armar och ben, ofta började i de senare. Som ofvan är nämndt, hafva den och parestesierna vanligen utgjort de tidigast framträdande spinala symptomen. Vanligen har paresen nått en mycket betydlig grad samt någon gång till och med öfvergått till verklig paralysi (ROESEBECK, BULLOCH, hvars fall dock genom den transversela uppmjukningen af ryggmärgen intager en särskild ställning). I nedre extremiteterna har den nästan alltid varit mest utvecklad.

Patellarreflexerna hafva befunnits än försvagade (MINNICH V) eller upphäfda (MINNICH II, III, v. NOORDEN, EISENLOHR, ARNING, mitt fall VIII) än stegrade (MINNICH IV, VI, BOWMAN,

TAYLOR I, mitt fall IX). NONNES båda fall visa det från de öfriga afvikande förhållandet, att patellarreflexerna påvisats under en del af sjukdomstiden vara i det ena fallet försvunna (I), i det andra försvagade (II), men att de senare under sjukdomens förlopp i bägge befunnits återkomma med normal styrka.

Endast i ett fall (MINNICH III) har frånvaro af *pupillarreflexerna* för ljus påvisats; därjämte har dock NONNE anmärkt, att han i ett fall (I) funnit denna reflex svag. I alla öfriga fall, där sjukhistorierna innehålla något meddelande om denna sak, hafva pupillerna befunnits reagera normalt för ljus.

Inkontinens af urin och fæces har varit ett ofta förekommande symptom; det har nämligen iakttagits i 5 fall (MINNICH VI, EISENLOHR, BOWMAN, ROESEBECK, TAYLOR I), och inkontinens af endast urinen i 4 (MINNICH V, v. NOORDEN, mitt fall VIII, NONNE I, i hvilket sistnämda fall symptomet dock var öfvergående). Inkontinensen har vanligen inträdt 1—2 månader före döden.

Förekomsten af liggsår är blott anmärkt i trenne fall (BULLOCH, ROESEBECK, mitt fall VIII).

Som det af denna redogörelse framgår, finnas åtskilliga skiljaktigheter mellan de olika fallen. Dock äro dessa ej större, än att man skulle kunna för sjukdomen uppställa följande, ungefärliga typ:

Hos en medelålders person utvecklar sig en perniciös anemi; ungefär samtidigt härmed uppträda parestesier i extremiteterna och ofta därjämte en tilltagande svaghet i dem; denna utvecklar sig till en höggradig pares; rubbning af muskelsinnet, åtföljd af ataxi, tillkommer jämte en måttlig nedsättning af hudsensibiliteten. Dessa symptom framträda först hos nedre extremiteterna, därefter hos öfre och tilltaga hastigt i intensitet. Patellarreflexerna blifva än stegrade än upphäfda. Inkontinens af fæces och särskildt af urin tillkommer ofta sista månaden. Anemien ökas härunder altjämt och förorsakar efter några månader döden.

I några af fallen (NONNE II, mitt fall IX och kanske TAYLOR I, II) hafva symptomen af ryggmärgslidandet föregått anemiens framträdande. Ur de öfver dessa meddelade sjukhistorierna, hvilka dock alla utom i fråga om NONNES fall äro ganska knapphändiga, framgår det emellertid ej, att ryggmärgssjukdomen visat en väsentligt annan bild än i de fall, där den börjat samtidigt med eller något efter den perniciösa anemien.

Jag öfvergår nu till att anställa en jämförelse mellan de i de olika fallen funna *patologisk-anatomiska förändringarna inom ryggmärgen*. Därvid utesluter jag dock BULLOCHS fall, enär det företer från de öfriga alldeles afvikande förhållanden, nämligen en betydlig förtjockning af pia mater, en höggradig hyalin degeneration af grå substansen och en transversel uppmjukning af halsmärgen. Äfven TAYLORS bägge fall måste uteslutas, då han ej gifvit andra upplysningar om de anatomiska förändringarna, än att det förefans »utpräglad degeneration inom den hvita substansen». Däremot upptagas MINNICHS fall I och de 5 fall af NONNE, i hvilka ryggmärgen visat tydliga anatomiska förändringar, fast bestämda spinala symptom ej förekommit.

I samtliga de 20 fall, som min jämförelse således kommer att gälla*), finnas inom *baksträngarna* tämligen betydliga förändringar. Dessa visa i nästan alla fallen öfverensstämmelse däri, att hela *Gollska strängarna* äro homogent degenererade inom *halsmärgen* och ett stycke ned i bröstmärgen; dock anmärkes i de flesta fall, att härifrån är undantagen en smal zon längs det mediana septum, periferien och gränsen till Burdachska strängarna, hvilket förhållande framträdt äfven i de båda af mig undersökta fallen.

Undersökning af processens gräns uppåt är utförd endast af v. NOORDEN, BOWMAN och mig (i fall VIII). Den först nämnde fann den sträcka sig upp till nedre delen af pyramidkorsningen; i mitt fall nådde den helt upp till bakre strängarnas kärnar inom förlängda märgen och i BOWMANS något öfver pyramidkorsningen.

Lesionen af Gollska strängarna har till intensiteten i betydlig grad växlat i de olika fallen. Sålunda hafva dessa strängar i Nonnes fall II (bland dem utan spinala symptom) betecknats endast såsom likformigt ljusare, och i fråga om MINNICHS fall I, som ej häller företett tydliga spinala symptom, framgår det ur beskrifningen, att degenerationen varit ofullständig. Å andra sidan är det i fråga om några af de fall, som visat den kliniska bilden af ett ryggmärgslidande, meddeladt, att degenerationen inom Gollska strängarna varit fullständig och förbunden med en tät skleros (MINNICH V, VI,

*) De utgöras således af följande: MINNICH[63]): 6, v. Noorden[66]): 1, EISENLOHR[67]): 1, Nonne[68]): 2 (med klinisk bild af ryggmärgslidande), BOWMAN[69]): 1, ROBSEBECK[70]): 1, ARNING[71]): 1, NONNE[57]): 5 (utan spinala symptom) samt mina fall VIII och IX.

BOWMAN, ROESEBECK); så har ock förhållandet varit i mina fall VIII och IX.

Endast i tränne fall saknas den homogena utbredningen af lesionen inom Gollska strängarna i ryggmärgens öfre del, nämligen i MINNICHS fall III, i hvilket enstaka härdar funnits i öfre delen af halsmärgen, mot nedre delen tilltagande i antal, i MINNICHS fall IV, där endast fåtaliga härdar förekommit, samt i NONNES fall I (utan spinala symptom), där isolerade, fåtaliga härdar funnits, som aftagit nedåt i antal.

Burdachska strängarna inom halsmärgen visa mera växlande förhållanden. En öfverensstämmelse finner man dock mellan nästan alla fallen däri, att degenerationen är mindre utbredd än inom Gollska strängarna, och att den — enligt hvad det framgår ur beskrifningen af några af fallen (MINNICH II, VI, v. NOORDEN, BOWMAN) — äfven är mindre fullständig, hvilka förhållanden med full tydlighet framträda äfven i mina bägge fall. Undantag i dessa hänseenden bilda blott de nämnda trenne fallen, i hvilka Gollska strängarna ej visade någon homogen degeneration.

I åtskilliga fall har degenerationen af dessa strängar inom en del af ryggmärgen uppträdt likformigt, nämligen i MINNICHS fall III inom öfre halsmärgen, V inom hals- och bröstmärgen, NONNES I (med spinala symptom) inom halsansvällningen, NONNES IV (utan spinala symptom) inom öfre halsmärgen; äfven i mina fall VIII, IX är processen nära homogen med blott ringa antydan till anordning i härdar. I flertalet fall har degenerationen emellertid varit anordnad i härdar, dock vanligen mer eller mindre konfluerande.

Lesionen har alltid skonat en zon längs grå substansen och periferien, hvilken vanligen haft en ej ringa bredd. Strängarna i öfrigt hafva i de flesta fall varit i sin helhet angripna; detta gäller särskildt om alla de ställen, där förändringen haft en likformig utbredning, men äfven några andra, där den varit härdformig. I andra fall åter har dess utbredning varit mera begränsad, och har den då företrädesvis uppträdt inom mellersta rotzonen (MINNICH IV, VI, NONNE I [utan spinala symptom], EISENLOHR*)).

---

*) EISENLOHR begagnar ej själf beteckningen: mellersta rotzonen, men då han nämner, att främre och bakre laterala delarna af strängarna varit fria, kan det ej råda tvifvel om, att processen företrädesvis drabbat mellersta rotzonen.

Inom *bröstmärgen* omfattar degenerationen ofta hela baksträngarna utom randen längs grå substansen (MINNICH I, V, v. NOORDEN, EISENLOHR, BOWMAN, ROESEBECK, mina fall VIII, IX); men ofta begränsar den sig, särskildt i bröstmärgens nedre del, till mellersta rotzonen (MINNICH II, III, IV, VI, NONNE I, II [med spinala symptom] och II, III [utan dylika]). I MINNICHs fall III finnes anmärkt, att lesionen inom nedre delen af bröstmärgen inskränker sig till mediala delen af mellersta rotzonen. Den har än varit likformigt utbredd, såsom i mina båda fall, än haft en härdformig karakter; vanligen har det senare varit fallet, då den begränsat sig till mellersta rotzonen, och det förra, då den omfattat hela baksträngarna.

Gränserna för degenerationens utbredning nedåt i ryggmärgen växla i ej ringa grad. I de 5 af NONNE undersökta fallen utan spinala symptom nådde den ej till ländansvällningen. Vid de öfriga fallen finnes det än antecknadt, att lesionen ej nått nedom ländansvällningen, än att den sträckt sig till sakralmärgens öfre gräns eller ett stycke ned i denna. Blott i ett fall tyckes degenerationen hafva gått ned genom hela ryggmärgen (MINNICH VI). I mitt fall IX sträckte den sig blott något ned i ländansvällningen, men i fall VIII nådde den till sakralmärgens öfre gräns.

Inom *ländmärgen* har degenerationen alltid utom i tvänne fall (BOWMAN, mitt fall IX) uppträdt i härdar. Till sin utbredning har den i alla de fall, där upplysningar i detta hänseende stå att vinna, begränsat sig till mellersta rotzonen, och i några fall visar det sig, att den företrädesvis omfattat denna zons mediala del (MINNICH II, NONNE II [med spinala symptom], BOWMAN *), mitt fall IX **)).

I flertalet fall hafva äfven *sidosträngarna* drabbats af degenerationen, men ej i MINNICHs fall I, II och NONNEs I, II, III, IV (utan spinala symptom); i MINNICHs fall III hafva ej

*) BOWMAN begagnar ej ordet: mellersta rotzonen, utan betecknar degenerationen såsom hufvudsakligen begränsad till Gollska strängarna — en mindre lämplig beteckning i fråga om ländmärgen. Ur hans beskrifning och figurer framgår det emellertid, att det varit mellersta rotzonen och företrädesvis dess mediala del, som processen drabbat.

**) Vid den förut lemnade beskrifningen af mina fall har ej häller jag följt FLECHSIGs indelning af baksträngarna, hvilken ej synes mig tillräckligt exakt; den är nämligen, som bekant, grundad på resultatet af embryologiska undersökningar, och de olika rotzonerna motsvara ej bestämdt afgränsade områden af den utvecklade ryggmärgen. I denna öfversikt har jag emellertid funnit det nödigt att begagna mig af denna nomenklatur, då den kommit till användning hos de flesta af de här citerade författarna.

funnits andra förändringar än spridda atrofiska trådar i strängarnas bakre delar och i ARNINGS endast enstaka, mycket små härdar. I de öfriga 13 fallen visa sidosträngarna tämligen utbredda degenerativa förändringar. De hafva företrädesvis drabbat bröstmärgen och i några fall därjämte halsmärgen, men endast i ringa grad eller ej als länd- och sakralmärgen. Strängarnas bakre delar hafva alltid varit mest degenererade, och vanligen har förändringen ej nått till deras främre, endast i BOWMANS fall och mitt fall VIII har den inom bröstmärgen omfattat nästan hela strängarna.

Processens begränsning till vissa system finnes anmärkt blott hos v. NOORDEN och EISENLOHR; i den förres fall voro lillhjärnsbanorna och i mindre grad sidopyramidbanorna angripna genom hela ryggmärgen; i den senares hade lesionen inom halsmärgen företrädesvis drabbat lillhjärnsbanorna, inom bröstmärgen sidopyramidbanorna. EISENLOHR säger dock uttryckligen, att det ej var fråga om bestämda systemlesioner, och beskrifningen af bägge fallen är så knapphändig, att man ej kan afgöra, huruvida degenerationens utbredning väsentligen afvikit från förhållandena i de öfriga fallen. Exempel på en fullt karakteristisk systemlesion, nämligen af ena sidopyramidbanan, erbjuder endast mitt fall IX. — I de öfriga fallen har degenerationen än uppträdt härdvis (MINNICH IV, V, VI, NONNE I, II [med spinala symptom]), än hufvudsakligen likformigt diffust utbredd (BOWMAN, mitt fall VIII). I några fall föreligga ej tydliga upplysningar i detta hänseende.

I åtskilliga fall (MINNICH IV, V, VI, v. NOORDEN, BOWMAN, mitt fall VIII) hafva äfven främre strängarna varit angripna; dock tyckes degenerationen här aldrig hafva egt någon betydligare utbredning.

Grå substansen har alltid befunnits utan anmärkning, förutom i MINNICHS fall VI, där bakre hornens substantia spongiosa på några ställen var sklerotiskt förändrad, och i NONNES fall I (med spinala symptom), där nervtrådarna i Clark'ska pelarna voro reducerade till antal.

Lissauers fält hafva alltid befunnits intakta, likaså bakre nervrötterna.

Mjuka hinnorna hafva aldrig visat några förändringar, utom i MINNICHS fall VI, där de voro förtjockade å ett område, som motsvarade den utbredda randdegenerationen inom ryggmärgen.

Skrumpning af ryggmärgen är blott iakttagen i mitt fall IX, där den drabbat Gollska strängarna i ryggmärgens öfre del.

Öfvergå vi till ryggmärgsförändringarnas mikroskopiska förhållanden, finna vi, att *förtjockning af kärlväggarna* å de degenererade områdena är omtalad i fråga om MINNICHS fall I, II, NONNES samtliga fall och BOWMANS samt påträffad äfven i mina bägge. ARNING är den ende författare, hos hvilken jag funnit uppgifvet, att kärlväggarna ej skulle vara förtjockade. Denna kärlförändring tyckes sålunda tämligen *regelbundet* förekomma vid degeneration af ryggmärgen vid perniciös anemi, liksom den *ofta*, enligt hvad förut visats, påträffas vid perniciös anemi utan andra förändringar i ryggmärgen.

Cellinfiltration af de perivaskulära rummen finnes omnämnd i flere af fallen (MINNICH I, II, III, BOWMAN, ROESEBECK); äfven har jag iakttagit den samma i bägge mina hithörande fall.

I mitt fall VIII har på många ställen höggradig *ansvällning af märgskidorna* påträffats, men däremot ingen mera framträdande af axelcylindrarna. Ett likartadt förhållande är beskrifvet af MINNICH i fall I, II, V och af BOWMAN. ROESEBECK och NONNE (fallen I, II med spinala symptom) omtala, att de funnit märgskidorna höggradigt ansvälda, men omnämna ej axelcylindrarna. Vid undersökningen af de fall, vid hvilka tydliga spinala symptom ej förekommit, men ryggmärgen visat anatomiska förändringar, har NONNE dock funnit än axelcylindrarna än märgskidorna ansvälda. Likvisst torde de anförda undersökningsresultaten berättiga till det antagandet, att vid ryggmärgsdegenerationer vid perniciös anemi märgskidorna hafva en tendens att höggradigt ansvälla, axelcylindrarna däremot icke.

Förekomsten af ansvälda märgskidor är visserligen en mycket vanlig företeelse vid degenerativa tillstånd inom ryggmärgen af allahanda slag, men man finner den ofta förbunden med en betydlig ansvällning af axelcylindrarna, såsom vid den akuta myeliten (GOWERS [49]), FRANCOTTE [19])), vid kompressionsmyeliten (SCHMAUS [50])) och vid travmatiska ingrepp på ryggmärgen å områdena närmast dessa ingrepp (TOOTH [51]), HOMÉN [25])); äfven vid sekundära degenerationer befinnas axelcylindrarna ansvälda, om ock i mindre grad (TOOTH [51]), HOMÉN [25])). På denna grund tyckas mig de vid perniciös anemi funna förhållandena värda beaktande.

I MINNICHS fall III gifver sjukhistorien vid handen, att ryggmärgslidandet utvecklat sig hastigt, hvilket ock vinner be-

kräftelse genom den mikroskopiska undersökningen af ryggmärgen, i det att de degenererade områdena befinnas till större delen uppfylda af nervtrådarnas sönderfallsprodukter. I detta hänseende visar processen likhet med randdegenerationen i mitt fall VIII, hvilken dock troligen haft ett ännu akutare förlopp, enär här saknas den i MINNICHS fall inom halsmärgen observerade förtjockningen af septa och betydliga cellanhopningen i de perivaskulära rummen. Randdegeneration är påträffad äfven i MINNICHS fall VI, där den synbarligen haft ett tämligen akut utvecklingsförlopp, men tyckes dock ej fullt likna den i mitt fall VIII. Äfven genom förekomsten af en randdegenerationen motsvarande förtjockning af pia mater har den visat afvikelse från förhållandena i mitt fall. Således har en process, öfverensstämmande med den af mig beskrifna randdegenerationen, ej påträffats i något annat fall af perniciös anemi, och får dess förekomst därför — så länge ej vidare erfarenhet föreligger — betraktas som en tillfällighet.

Det har förut framhållits, att ryggmärgslidandet i de fall, där det framträdt före anemien, ej visat en väsentligt annan bild än i dem, där det uppträdt samtidigt med eller kort efter den samma. Jämförelsen mellan ryggmärgens anatomiska förändringar hos dessa båda olika grupper gifver ej häller vid handen, att mellan dem några genomgående och väsentliga skiljaktigheter finnas. Beträffande mitt fall IX kan dock framhållas dels frånvaron af några degenerationsformer af nervtrådarna och fibrilleringen hos sklerosen dels den tydliga systemlesionen af den ena sidopyramidbanan; i dessa hänseenden är fallet, så vidt jag kunnat finna, olikt alla de öfriga. De först nämnda afvikelserna torde dock kunna hänföras enbart till förändringens säkerligen större ålder, och den sist nämnda tyckes mig ej utgöra tillräcklig anledning för att anse detta fall vara af väsentligt annan art än de öfriga.

Den lemnade sammanställningen visar, att i anatomiskt hänseende ej obetydliga skiljaktigheter kunna påvisas mellan de olika fallen af ryggmärgssjukdom vid perniciös anemi. För att kunna bedöma den betydelse, som dessa olikheter ega, torde det dock vara nödvändigt att söka bestämma lesionens relativa ålder inom de olika delarna af ryggmärgen och om möjligt äfven i de olika fallen samt i sammanhang härmed söka utreda det vanliga förloppet för degenerationen, då en del af de nämnda skiljaktigheterna kanske kunna förklaras därigenom, att för-

ändringarna i de olika fallen befunnit sig på ett olika utvecklingsstadium.

Såsom förut nämndt är, har MINNICH, i fråga om sitt första fall, framstält den åsikten, att härdarna inom ländmärgen skulle hafva uppträdt först, och att de skulle hafva gifvit upphof åt degeneration af bakssträngarnas härifrån till halsmärgen uppstigande långa banor d. v. s. af Gollska strängarna. — Inom de nämnda härdarna äro emellertid endast helt få nervtrådar degenererade, och MINNICH framhåller själf, att processen här ännu måste vara mycket ung (s. 34); inom Gollska strängarna tilltager däremot degenerationen uppåt så väl i intensitet som omfång, och sklerosen är bäst utvecklad inom halsmärgen. Dessa omständigheter tyckas mig med bestämdhet tala för, att processen varit äldst i halsmärgen och haft ett därifrån nedstigande förlopp. Äfven kärlens förhållande gifver stöd för denna uppfattning, ty de visa i centra af härdarna — enligt hvad MINNICH framhåller — i ögonen fallande små förändringar, och cellanhopningen i de perivaskulära rummen på de degenererade områdena, hvilken i detta fallet liksom i de af mig undersökta ej tyckes kunna uppfattas som annat än sekundär, tilltager uppåt genom ryggmärgen samt är mest uttalad inom halsmärgen. — Beträffande MINNICHS fall II kunna ungefär samma skäl anföras för, att degenerationen skulle vara nedstigande. — Vid beskrifningen af fall V uttalar MINNICH själf den misstanken, att den härdformiga processen inom baksträngarna i ländmärgen skulle vara af yngre datum än degenerationen högre upp i ryggmärgen. — I fall VI af samme författare omnämnes, att degenerationen af Gollska strängarna i halsmärgen varit nästan fullständig och förbunden med en väl utvecklad skleros, under det att lesionens intensitet aftagit nedåt; därjämte anmärker MINNICH, att processen i ländmärgen efter utseendet att döma är ännu yngre (»frischerer») än den i bröstmärgen. Dessa förhållanden tala tydligen för, att degenerationen äfven i detta fall är äldst inom Gollska strängarna i halsmärgen.

Vid de tvänne fall med klinisk bild af spinallidande och förändringar i ryggmärgen, som NONNE undersökt, uttalar han den åsikten, att lesionen börjar i halsmärgen och har ett nedstigande förlopp. Beskrifningen af fallen afgifver ock goda skäl härför.

I BOWMANS fall har degenerationen inom baksträngarna nedåt aftagit i intensitet och således synbarligen haft ett nedstigande

förlopp. Äfven i ARNINGS fall tyckes degenerationen så väl som sklerosen hafva nedåt genom ryggmärgen aftagit i intensitet.

De af V. NOORDEN, EISENLOHR och ROESEBECK meddelade fallen äro så knapphändigt skildrade, att någon slutsats i fråga om degenerationens förhållande i detta afseende ej kan göras. Emellertid finnes intet i beskrifningen af dessa fall, som talar emot den ofvan framhållna uppfattningen, och beträffande mina fall (VIII och IX) är det till fullo ådagalagdt, att degenerationen förlupit nedstigande.

Den säkraste kännedomen om degenerationens förhållande vid dess första uppträdande vinnes dock naturligtvis, om det lyckas att påträffa fall, där lesionen ännu befinner sig i sitt första skede. Sannolikhet för att finna dylika har man endast vid undersökandet af fall, i hvilka spinala symptom ej förekommit, då dessa ej kunna antagas framträda, förrän degenerationen redan nått en tämligen afsevärd grad. I 7 fall utan spinala symptom har ock MINNICH[8]) utfört undersökning i afsikt att finna ryggmärgsdegenerationen i sitt tidigaste stadium, men utan att påträffa andra förändringar än de små blödningarna och de ur dem framgångna skleroserna samt i trenne fall den af honom äfven vid flere andra sjukdomar, som medföra ett kakektiskt tillstånd, påvisade förändringen, hvilken ej är att anse som verklig degeneration.

I samma syfte har jag undersökt 7 fall, som ej erbjudit spinala symptom. Frånsedt blödningarna, erhöll jag ett negatift resultat utom i tvänne af fallen (I, II), i hvilka påträffades en, om ock föga utbredd skleros inom Gollska strängarna i ryggmärgens öfre del. Denna lesion har jag på grunder, som anförts vid beskrifningen af dessa fall, i dem bägge uppfattat som nedstigande. Häri visar den öfverensstämmelse med de nu afhandlade höggradiga ryggmärgsdegenerationerna; dock anser jag den ej vara ett tidigt utvecklingsstadium af dessa, då den erbjuder alla tecken på att hafva utvecklats helt kroniskt, under det att de andra vanligen hafva ett subakut eller akut förlopp. Den torde dock vara en följd af samma, under den perniciösa anemiens förlopp stundom verksamma, deletära inflytande på ryggmärgen, som de höggradiga förändringarna inom detta organ, fastän processen här fått ett mera kroniskt förlopp och en mindre utbredning, än hvad eljes plägar ske. Emellertid lemna dessa mina undersökningar ej någon bestämd upplysning om

degenerationens förhållande vid dess första uppträdande i fallen af tydligt utvecklad ryggmärgssjukdom.

Äfven NONNE[4]) har, såsom förut omtalats, verkställt undersökning af ryggmärgen i 15 fall utan tydliga spinala symptom och i 5 funnit tämligen utbredda anatomiska förändringar. Genom dessa undersökningar finner han bekräftadt, hvad han redan i sitt tidigare arbete antagit, nämligen att degenerationen har ett nedstigande förlopp. I öfverensstämmelse härmed står ock det redan förut af mig påpekade förhållandet, att lesionen i dessa fall, där de anatomiska förändringarna med skäl kunna antagas befinna sig på ett tidigare utvecklingsstadium, än i dem, som kliniskt företett bilden af ryggmärgslidande, ej nått så långt ned i ryggmärgen som i de senare.

Således kan det för flertalet fall anses bevisadt, att *degenerationen inom Gollska strängarna börjar i halsmärgen och härifrån utbreder sig nedåt.*

På grundvalen af de nämnda undersökningarna har NONNE[4]) vidare dragit den slutsatsen, att degenerationen alltid skulle börja i form af perivaskulära härdar. Likviest visar granskningen af hans kasuistik, att han endast i ett fall (I) iakttagit isolerade härdar inom Gollska strängarna i halsmärgen; det må väl antagas, att det ej skulle undgått NONNES uppmärksamhet, ifall dessa härdar varit af hemorragiskt ursprung, fast egendomligt är, att NONNE i alla sina fall ej någon gång funnit dylika härdar. — Isolerade härdar inom Gollska strängarna i halsmärgen äro, såsom förut nämnts, iakttagna i tvänne andra fall, nämligen i MINNICHS III och IV. I det förra har synbarligen degenerationens förlopp varit mera akut än i de öfriga fallen och möjligen af annan art. Beträffande MINNICHS fall IV må, såsom förut anmärkts, nämnas, att diagnosen perniciös anemi ej kan anses fullt bevisad.

Å andra sidan har NONNE [4]) i de öfriga 4 fallen utan spinala symptom funnit Gollska strängarna inom halsmärgen vara säte för en homogen degeneration, och i ett fall (I) betecknar han dem som likformigt »ljusare», hvarur det tyckes framgå, att degenerationen endast varit af ringa grad.

Således må det kunna antagas, att degenerationen af Gollska strängarna — åtminstone i några fall — redan från början uppträder som en systemlesion; emellertid tala de ofvan anförda iakttagelserna för, att processen stundom äfven här skulle kunna börja i form af perivaskulära härdar. Äfven om den sist nämnda

möjligheten skulle vinna bekräftelse och den i flertalet fall påträffade homogena degenerationen af Gollska strängarna skulle vara utgången från en ursprungligen i perivaskulära härdar uppträdande process, måste man dock antaga, att hos Gollska strängarna föreligger något för uppkomsten af dessa härdar predisponerande moment, enär processen vid sitt första framträdande, enligt alt att döma, ej gått utom dessa strängars gränser. Konsekvensen häraf skulle således blifva att antaga en ryggmärgslesion, som uppträder i form af perivaskulära degenerationshärdar, men till sin utbredning begränsar sig till ett visst »system» och inom kort utvecklar sig till en homogen degeneration af detta »system». Tvingande grunder till ett dylikt antagande tyckas mig dock ej föreligga, utan tror jag, att degenerationen inom Gollska strängarna i flertalet af de hithörande fallen äfven från början förlupit som en nedstigande systemlesion.

Man är ju emellertid van att beteckna degenerationen af dessa strängar som uppstigande. — Enär deras nervtrådar hafva sina trofiska centra i spinalganglierna, inträder ock, ifall de på någon punkt af sin bana afbrytas, vare sig genom ett trauma eller genom en patologisk process, en sekundär, uppstigande degeneration af dessa strängar, d. v. s. den ofvan det afbrutna stället belägna delen af nervtrådarna degenererar; men i fall det etiologiska moment, som ger upphof till en förändring inom dessa strängar, ej förorsakar någon total förstöring af nervtrådarna på ett visst ställe, behöfver processen ingalunda antaga ett uppstigande förlopp. Tänka vi oss, i enlighet med den för många af ryggmärgssjukdomarna herskande uppfattningen, ett i blodet cirkulerande gift som orsaken till den sjukliga processen af bakstrångarnas långa banor, är detta i tillfälle att verka lika på banans alla delar, och därför måste den minst motståndskraftiga delen först drabbas af degenerationen. Nu låter det väl tänka sig, att just de delar af nevronerna, som äro mest aflägsna från de trofiska centra, altså från gangliecellerna, på grund häraf besitta den minsta vitaliteten.

Degenerationens början inom nervbanornas mest aflägsna delar har man ock sökt förklara därmed, att de skadliga inflytandena åstadkommit en lesion af gangliecellerna, fast af så lindrig grad, att den ej låter sig påvisas, samt att denna rubbning hos de trofiska centra medfört en nedsättning af nervtrådarnas vitalitet, hvilken visat sig genom en degeneration af

deras längst aflägsna och därför minst motståndskraftiga delar. Så länge de antagna förändringarna af gangliecellerna ej påvisats, tyckes mig denna förklaring något sökt.

Den förste, som omtalat en i riktning mot det trofiska centrum fortskridande degeneration af en nervbana, är troligen STRÜMPELL [40]); i fråga om tvänne fall af kombinerad systemlesion inom bak- och sidosträngarna säger han nämligen, att »för pyramidbanorna är antagandet af en uppstigande degeneration mycket sannolik». I en senare skildring af ett liknande fall uttalar *samme författare* [41]) uttryckligen, att »den primära systematiska atrofien af pyramidbanorna är en uppstigande degeneration och den af lillhjärnsbanorna och Gollska strängarna en nedstigande»; därjämte framhåller han den olika riktning, i hvilken processen fortlöper vid de primära degenerationerna, jämfördt med hvad fallet är vid de sekundära. Om orsaken till dessa förhållanden uttalar han sig dock icke. VIERORDT [42]) har iakttagit en degeneration af Gollska strängarna, sträckande sig från kärnarna i förlängda märgen till ländmärgens öfre gräns, hvilken han anser haft ett nedstigande förlopp.

Förklaringen för degenerationens början i nevronernas mest aflägsna delar har GOWERS [19]) i fråga om de perifera nerverna uttryckt på följande sätt (s. 137): »— nervfibrerna äro nervcellernas förlängda utlöpare — — — och till sin vitalitet beroende af dem. Den kraft, hvarpå deras lif hvilar, måste minskas med afståndet från dess källa, och därför är deras vitala motståndskraft mot sjukdomsalstrande inflytanden minst vid periferien». Detta åskådningssätt förefaller mycket rimligt, men erhåller naturligtvis sitt egentliga värde endast genom den tillämpning, det kan vinna för förklaringen af iakttagna fakta. GOWERS [19]) begagnar det samma för att tolka dels den iakttagelsen, att nerverna vid multipel nevrit visa sig mera angripna, ju längre mot periferien man kommer (s. 137), dels den, att man i vissa fall af primär spastisk paraplegi (hos GOWERS ett mycket vidare begrepp än enligt den vanliga nomenklaturen) funnit degenerationen i pyramidbanorna aftaga från ländmärgen och uppåt (s. 441).

Som vidare exempel på iakttagelser, vid hvilka denna uppfattning eger tillämpning, vill jag utom de nämnda fallen af STRÜMPELL och VIERORDT anföra tvänne af MAYER [20]) nyligen meddelade fall af kombinerad systemsjukdom; hos bägge fans en intensiv degeneration af sidopyramidbanorna inom länd- och

bröstmärgen, hvilken i det ena fallet aftog i halsmärgen och ej nådde öfver pyramidkorsningen, i det andra aftog uppåt förlängda märgen och hade upphört i jämnbredd med facialiskärnarna. (MAYER vidrör själf aldrig denna fråga.)

Samma åskådningssätt begagnar MARIE[21]) för att bringa sin uppfattning, att en lesion af spinalganglierna är den primära förändringen vid tabes, i öfverensstämmelse med den vid denna sjukdom ofta gjorda iakttagelsen, att baksträngarna visa vida betydligare degeneration än de bakre rötterna. Han uttrycker sin åsikt på följande sätt (s. 429): »i själfva verket är det en vanlig iakttagelse, att vid degenerationer inom nervsystemet de mest aflägsna delarna förändras först, under det att de delar af nervtrådarna, som äro belägna närmast de trofiska centra, motstå längre».

Ur det anförda torde framgå, att föreställningen om en degeneration af en nervbana, som från dess mest aflägsna del fortskrider mot dess trofiska centrum, ingalunda är ett främmande begrepp för nervpatologien.

Återgå vi nu till fallen af ryggmärgsförändringar vid perniciös anemi, finna vi i några den uppgiften, att degenerationen eller sklerosen inom halsmärgen visat mindre intensitet inom *Burdachska strängarna* än inom Gollska (MINNICH II, VI, V. NOORDEN, BOWMAN), hvilket talar för, att processen varit äldre å det senare stället. Att så varit förhållandet i de båda af mig undersökta fallen, har jag förut visat. Ehuru upplysningar, som kunde bekräfta denna uppfattning, ej föreligga för flertalet fall, tyckes det mig dock vara sannolikt, att degenerationen i allmänhet inom halsmärgen uppträdt senare i Burdachska strängarna än i Gollska.

I fråga om mitt fall VIII har jag på förut anförda skäl antagit, att degenerationen haft ett nedstigande förlopp inom Burdachska strängarna i ryggmärgens öfre del. Beträffande de af de andra författarna meddelade fallen lemna beskrifningarna ej direkta stöd för denna uppfattning men innehålla ej häller något, som motsäga den samma.

Inom Burdachska strängarna i hals- och bröstmärgen omfattar degenerationen, såsom förut påvisats, än hela dessa strängar än företrädesvis eller uteslutande mellersta rotzonerna. I beskrifningen af ett af de fall, som visa det först nämnda förhållandet (MINNICH V), finnes det anmärkt, att degenerationen visar tecken på att vara äldst inom mellersta rotzonen; den

skulle således hafva börjat här och sedan utbredt sig till strängarnas öfriga delar. Med ett dylikt antagande öfverensstämmer ock det förhållande, jag trott mig kunna påvisa beträffande mitt fall VIII, nämligen att degenerationen inom Burdachska strängarna skulle befinna sig i utbredning i horizontel riktning framemot grå substansen; processen är dock i detta fall altför långt gången, för att det skulle kunna afgöras, huruvida den tagit sin början inom mellersta rotzonen.

Degenerationen uppträder inom Burdachska strängarna än i homogen utbredning än fördelad i härdar; det senare har oftast varit fallet, särskildt i nedre delen af ryggmärgen. Enligt såväl MINNICHS som NONNES undersökningar stå dessa härdar i samband med fördelningen af kärlen. Beträffande mitt fall VIII har jag funnit samma förhållande — åtminstone skenbart — inom ländmärgen vid degenerationens gräns nedåt.

Emellertid har EDINGER[34]) med bestämdhet velat förklara degenerationens anordning i härdar därigenom, att de från de olika nervrötterna inträdande trådarna i olika grad (eller några ej als) drabbats af den sjukliga processen; denna tolkning har han särskildt ansett sig kunna stödja på de förut af mig omnämda, omfattande experimentela undersökningarna öfver bakssträngarnas byggnad, som LOEWENTHAL[23]) nyligen meddelat. Denna EDINGERs åsikt synes ingalunda helt osannolik, och åtskilliga skäl, talande för den samma, kunna ock framdragas. Vid jämförelse mellan de vid i fråga varande fall af ryggmärgssjukdom funna bilderna och dem, LOEWENTHAL och andra författare erhållit efter öfverskärandet af bakre nervrötter, finner man ingalunda så noggrann och genomgående öfverensstämmelse, att denna uppfattning härigenom kan anses vara bevisad. Dock må här erinras om den redan förut påpekade likheten mellan lesionens utbredning inom halsmärgens öfre del i mitt fall VIII och i MAYERS[20]) och PFEIFFERS[27]) fall, vid hvilka senare degenerationen kunde härledas från en affektion af de från öfre bröstnervernas bakre rötter uppstigande trådarna. En liknande utbredning af processen å detta ställe tyckes dock — så vidt jag af beskrifningar och figurer kunnat döma — för öfrigt endast förekomma i NONNES fall I (med spinala symptom).

För att så vidt möjligt söka belysa den här afhandlade frågan om arten af degenerationen inom Burdachska strängarna i ryggmärgens öfre del och inom bakstängarna i sin helhet i

dess nedre, vill jag i och för jämförelse något ingå på förhållandena vid tabes, då denna sjukdom sedan länge är med stor omsorg studerad, och då degenerationen vid den samma nästan af alla erkännes vara af systemkarakter.

Under de senare åren har man, såsom redan förut framhållits, från flere håll enats om, att degenerationen vid tabes — åtminstone i sitt första uppträdande — är bunden till de från de bakre rötterna stammande nervtrådarna; härvid har man än förlagt den sjukliga processens upphof till en lesion af spinalganglierna (MARIE [21]) än till en från de perifera nerverna genom spinalganglierna uppstigande process (LEYDEN [29]) *), än till en lokal, tämligen kroniskt förlöpande leptomeningit på de ställen, där de bakre nervrötterna passera genom de mjuka hinnorna; genom den ärrsammandragning, som denna process framkallar, skulle den insnörning ökas, hvilken de bakre nervrötterna här erfara redan under normala förhållanden, och sålunda kompression af dem åstadkommas (OBERSTEINER und REDLICH [33]). Genom en med stor omsorg utförd analys af talrika fall af tabes har REDLICH [30]) — såsom det tyckes mig på goda grunder — vidare kommit till det resultatet, att degenerationen i de ej för långt gångna fallen begränsar sig till de från några af de bakre rötterna stammande nervtrådarna, under det att de i andra af ryggmärgens segment inträdande trådarna gå fria. Sålunda skulle man i tabes hafva exempel på just det utbredningssätt för degenerationen, hvilket EDINGER [34]) antagit förekomma i fallen af ryggmärgssjukdom vid perniciös anemi.

Den stora olikheten i degenerationens utbredning och anordning i dessa fall och vid tabes talar således naturligtvis emot det nämnda antagandet af EDINGER — åtminstone i den form, han framstält det samma.

Likvisst låter denna skillnad delvis förklara sig, äfven med antagande att systemlesion föreligger i fallen af ryggmärgssjukdom vid perniciös anemi. Vid tabes drabbar degenerationen nervtrådarna från de bakre rötterna omedelbart efter deras inträde i ryggmärgen, hvilket visar sig därigenom, att rotinträdeszonerna äro angripna, och lesionen når helt fram till bakre hornen i vissa delar af ryggmärgen (REDLICH [30]). I fallen af

*) De senare åren har mycken strid förts i literaturen, om hvilken författare äran tillkommer att först hafva framstält teorien om tabes' »exogena» ursprung. Härpå finner jag ej skäl ingå, men vill endast påpeka, att äfven från skandinaviskt håll redan för länge sedan, nämligen af LANGE [52]) (1872), grunderna för denna åsikt om tabes' patogenes klart och tydligt framstälts.

ryggmärgssjukdom vid perniciös anemi finner man däremot ej detta förhållande; beträffande mina båda fall har det redan framhållits, att degenerationen skonat de mest kaudalt belägna delarna af baksträngarnas långa banor, och att förhållandet är det samma vid de öfriga fallen, framgår däraf, att lesionen ingenstädes når fram till bakre hornen, och att den inom ländmärgen i många fall till och med begränsar sig till baksträngarnas mediala delar. I enlighet med den af mig framstälda uppfattningen, att degenerationen börjar inom baksträngarnas långa banor i halsmärgen och härifrån fortskrider nedåt, kan detta förklaras på så sätt, att den ännu ej hunnit utbreda sig till dessa banors hela längd. Ett dylikt förhållande är iakttaget äfven hos den primära, uppstigande degenerationen af sidopyramidbanorna, som förekommer vid kombinerade skleroser; den har nämligen stundom befunnits ej nå längre än till förlängda märgen, såsom t. ex. i MAYERS [20]) tvänne, förut af mig citerade fall.

En påtaglig skilnad mellan de här afhandlade fallen och tabes är vidare den, att i de förra fallen Lissauers fält konstant skonats af den sjukliga processen, men vid de senare nästan alltid befunnits intresserade. — Hos hvarje bakre nervrot kan man strax efter inträdet i ryggmärgen särskilja en medial del, bestående af gröfre trådar, som åtminstone till en stor del fortsätta direkt uppåt i baksträngarna, och en lateral del, bestående af mycket fina trådar, hvilka först förlöpa vertikalt uppåt en kortare sträcka, härvid bildande Lissauers fält, och därefter böja in i de bakre hornen, där åtminstone en del af dem snart sluta vid här (äfven i främre hornen) belägna gangliecceller (SINGER und MÜNZER [26]), LOEWENTHAL [23]), EDINGER [22]), CAJAL [53])). I det ofvan anförda arbetet framhåller REDLICH [30]) som en karakter, utmärkande degenerationen vid tabes, att hela det område inom ryggmärgen, som intages af de från *en* bakre rot stammande nervtrådarna och altså äfven Lissauers fält samtidigt angripes, om ock ej alla de här befintliga nervtrådarna degenera på en gång, hvarför degenerationen å de förändrade områdena ej från början behöfver vara fullständig. Detta förhållande låter lätt förklara sig, om man antager åsikten om tabes' exogena ursprung.

I fallen af ryggmärgssjukdom vid perniciös anemi börjar däremot lesionen antagligen i Gollska strängarna inom halsmärgen d. v. s. i de från cellerna längst aflägsna delarna af

nevronerna och hos de nervtrådar, som hafva det längsta förloppet. Anledningen till denna lokalisation af degenerationen har jag trott mig — åtminstone delvis — kunna finna i den mindre motståndskraft, som nervtrådarna här just på grund af sin större längd skulle besitta. I full öfverensstämmelse härmed är det, att nervtrådarna inom Lissauers fält, hvilka endast hafva ett jämförelsevis helt kort förlopp (från spinalganglierna till grå substansens ganglieceller vid ungefär samma höjd af ryggmärgen), besitta större motståndskraft mot de sjukdomsalstrande inflytandena och därför undgå degenerationen.

Ur denna analys framgår det således, att degenerationen ej angripit baksträngarnas långa banor i hela deras utsträckning samt att den varit elektiv d. v. s. ej drabbat *alla* de från bakre rötterna stammande nervtrådarna. Dessa bägge egenskaper hos lesionen och särskildt den sist nämnda skulle kanske kunna förklara dess skenbart så oregelbundna fördelning.

Den uppstigande degeneration, hvilken uppkommer genom lesion af en eller några bakre nervrötter, minskas, som bekant, under sitt förlopp genom ryggmärgen oafbrutet till sin utbredning, hvilket måste bero på, att altjämt en del nervtrådar öfvergå till den grå substansen. Därför har man att vänta, att en degeneration inom de från bakre rötterna stammande trådarna skall visa olika omfattning, om den börjat inom halsmärgen, i den öfversta delen af dessa trådars banor och fortlupit nedåt eller den utgått från bakre rötterna, såsom troligen är fallet vid tabes.

Vidare må det framhållas, att vi ej ega kännedom om, huruvida de nervtrådar, som i halsmärgen bilda Gollska strängarna, inom ländmärgen helt utfylla sammanhängande fält eller spridda områden, eller de äro mera likformigt fördelade öfver en stor del af baksträngarna. Så länge vår kunskap i dessa stycken ej är fullständigare, kan frågan om degenerationens art inom Burdachska strängarna i dessa fall ej besvaras, men dess utbredning utesluter ej den möjligheten, att det är fråga om systemlesion.

Betraktar man kärlens förhållande, finner man ej stöd för, att degenerationen skulle vara af vaskulärt ursprung. Visserligen visa de förtjockning och begynnande hyalin omvandling, men denna förändring påträffas äfven i flere af de fall, som äro alldeles fria från degeneration, och kan således ej uppfattas som orsaken till denna. Vidare påträffas cellinfiltration inom perivaskulärrummen, men såsom redan förut framhållits, har

denna i mina liksom i MINNICHS fall befunnits föga eller ej als utvecklad inom hårdarna i ländmärgen, däremot har den framträdt i mycket hög grad inom Gollska strängarna i halsmärgen, påtagligen de tidigast degenererade delarna. Det tyckes därför naturligast att anse den som sekundär.

I detta sammanhang vill jag erinra om, att BALLET och MINOR [70]) uppfattat förekomsten af ansvälda axelcylindrar vid degeneration inom ryggmärgen som bevis för processens vaskulära karakter. Den i dessa fallen påvisade frånvaron af en dylik ansvällning skulle således tala för lesionens systematiska karakter. BALLET och MINORS [70]) uppfattning tyckes MARIE [28]) ansluta sig till, men den torde ännu tarfva vidare bekräftelse. Å andra sidan framhåller LEYDEN [17]) uttryckligen, att »de kroniska processerna i ryggmärgssubstansen *anatomiskt* icke erbjuda några afgörande och genomgripande skiljaktigheter».

Öfvergå vi till frågan om *sidosträngs-* och baksträngslesionernas relativa ålder, tilldrager sig först det förhållandet uppmärksamheten, att sidosträngarna varit intakta i alla fall förutom ett (NONNE V) af de 6, där kliniska symptom på ryggmärgslidande saknats, men ryggmärgen dock visat tydliga anatomiska förändringar, hvilka i dessa fall säkerligen befunnit sig på ett tidigare utvecklingsskede än i den med spinala symptom. Detta förhållande talar tydligen därför, att degenerationen uppträder senare i sidosträngarna än i baksträngarna. I tvänne fall, som ej företett spinala symptom mer än den korta tiden af 2—3 månader (MINNICH III, ARNING) hafva ock sidosträngarna befunnits visa endast obetydliga förändringar. I mitt fall VIII, där bilden af ryggmärgslidandet framträdt endast ett par månader före döden, befunnos visserligen sidosträngarna vara i mycket stor utsträckning degenererade, men lesionen erbjöd här alla tecken på ett mycket akut förlopp och har säkerligen börjat vida senare här än i baksträngarna. — I redogörelsen för MINNICHS fall V och NONNES I (med spinala symptom) är det uttryckligen anmärkt, att degenerationen i sidosträngarna erbjudit tecken på att vara af yngre datum än den i baksträngarna. Därjämte är det i MINNICHS fall VI och BOWMANS omtaladt, att sklerosen varit bättre utvecklad inom Gollska strängarna i ryggmärgens öfre del än inom sidosträngarna. Beträffande de öfriga fallen föreligga ej upplysningar, som möjliggöra slutsatser i denna punkt. — Undantag gör dock MINNICHS fall IV, vid hvilket det uttryckligen framhålles, att lesionen af sidosträngarna ej i ana-

tomiskt hänseende företer tecken på att vara af yngre datum än den i baksträngarna; däremot anmärker MINNICH, att sjukhistorien talar för, att baksträngarna skulle varit angripna före sidosträngarna. Således kan det betraktas som regel, att degenerationen först angriper baksträngarna och ej förrän senare uppträder i sidosträngarna.

Det har redan förut skildrats, inom hvilka delar af sidosträngarna processen företrädesvis uppträder. Dess utbredning efter någon viss vertikal riktning låter sig ej påvisa; den får i nästan alla fallen betecknas som diffus. Detta gäller äfven processen i framsträngarna. I det förut citerade arbetet har MAYER[20]) betonat, att det förekommer fall med systemlesion inom baksträngarna, till hvilken senare sällar sig en diffus degeneration inom fram- och sidosträngarna. Som förklaring för detta förhållande anför MAYER följande: »Man får det intrycket, att det är fråga om en genom den höggradiga förändringen af baksträngarna åstadkommen nutritionsrubbning i fram- och sidosträngarna. De härigenom betingade förändringarna äro således sekundära».

Jag har nu sökt närmare utreda ryggmärgsdegenerationens förhållanden i fallen af spinallidande vid perniciös anemi, och ur denna analys synes det mig framgå, att degenerationens uppträdande och utbredning i de olika fallen försiggått på ett någorlunda likartadt sätt. Man skulle härför kunna uppställa följande ungefärliga typ:

Först angripas Gollska strängarna inom halsmärgen; processen visar här — åtminstone inom kort — utseendet af systemlesion, har nedstigande förlopp, men når ej helt ned till dessa nervtrådarnes inträde i ryggmärgen.

Efter en tid uppträdar degenerationen inom Burdachska strängarna, antagligen började i mellersta rotzonerna, ofta utbredande sig till nästan hela strängarna, dock alltid skonande Lissauers fält och hela zonen närmast grå substansen, har troligen äfven här ett nedstigande förlopp, visar vanligen anordning i härdar men ofta homogen utbredning — antagligen ett senare utvecklingsstadium —; kärlens förhållande talar ej för en vaskulär process, och degenerationens utbredning utesluter ej dess systematiska karakter.

Något senare än baksträngarna angripas sidosträngarna; lesionen omfattar här företrädesvis deras bakre delar inom bröstmärgen och ofta äfven inom halsmärgen, når någon gång i de mest framskridna fallen inom bröstmärgen äfven till strängarnas främre delar, är till sin utbredning diffus.

Det är ej min afsikt att för de nu afhandlade fallen göra någon genomgående jämförelse mellan de spinala symptomen och de anatomiska förändringarna i ryggmärgen; jag vill endast söka granska, huruvida de i dessa fall iakttagna förhållandena stå i öfverensstämmelse med den häfdvunna uppfattningen om patellarreflexernas lokalisation inom ryggmärgen. Detta tyckes nämligen NONNE[11]) draga i tvifvelsmål beträffande några af fallen. Enligt WESTPHALS [32]) framställning är rotinträdeszonen på öfvergången från nedre bröstmärgen till ländansvällningen alltid angripen, när patellarreflexerna varit försvunna en viss tid före döden. Denna zons gränser bestämmer WESTPHAL på följande sätt (s. 567): »den begränsas inåt genom en linie, hvilken man tänker sig dragen parallelt med det bakre septum genom den punkt, vid hvilken den substantia gelatinosa, som bekläder bakre hornet, bildar en böjning inåt (nach innen zu einen Knick), en inåt framspringande vinkel; bakåt bildar ryggmärgens periferi gränsen, utåt den substantia gelatinosa, som bekläder bakre hornets inre sida samt de bakre rötternas inträde i spetsen af bakre hornet (resp. i substantia gelatinosa)». På grund af den kunskap, man numera eger om betydelsen af sjukliga förändringar hos de perifera nerverna för patellarreflexernas försvinnande, måste WESTPHALS framställning modifieras därhän, att visserligen degeneration af det nämnda området i ryggmärgen medför patellarreflexernas försvinnande, men att deras frånvaro ej bevisar förekomsten af förändringar i ryggmärgen *). Således kan ej häller deras frånvaro i fall af ryggmärgsdegeneration med full säkerhet hänföras till denna.

Af de här i fråga varande fallen visade 6 normala eller stegrade patellarreflexer (MINNICH IV, VI, NONNE I, II (med spinala symptom), BOWMAN och mitt fall IX) **). Granskar man de öfver dessa meddelade afbildningarna från ryggmärgen, finner man rotinträdeszonen i nedre bröst- och öfre ländmärgen intakt i alla fallen utom BOWMANS, och i detta var den blott delvis degenererad. I MINNICHS fall V befunnos patellarreflexerna försvagade; här var den nämnda zonen i ryggmärgen angripen,

*) MINNICH har så väl vid några fall af perniciös anemi som vid andra kakektiska tillstånd funnit patellarreflexerna frånvarande, men ryggmärgen utan förändringar; han hänför det nämnda symptomet till en genom kakexien alstrad förändring af muskulaturens funktionsförmåga.

**) Äfven i TAYLORS fall I kvarstodo partellarreflexerna, men det upptages ej, då så föga är kändt om de anatomiska förändringarna.

men då lesionen var anordnad i härdar, funnos mellan dem partier med kvarstående nervtrådar, hvilket kan förklara patellarreflexernas fortbestånd. Således tala dessa fall ej emot lokaliseringen af patellarreflexernas funktion till Westphals zon. I de fall, där dessa reflexer befunnits vara stegrade, hafva sidosträngarna alltid varit angripna, hvilket således väl öfverensstämmer med vår uppfattning om pyramidbanornas betydelse för reflexhämningen.

III.

I det föregående har jag sökt påvisa det i de olika fallen af ryggmärgsförändring vid perniciös anemi gemensamma för den kliniska bilden och för de anatomiska förändringarna samt vill nu öfvergå till att jämföra dessa fall med de ryggmärgssjukdomar, som i anatomiskt afseende skulle kunna stå dem närmast.

Den omständigheten, att ataxi och rubbningar af hudsensibiliteten vanligen förekomma, samt att sjukdomen — åtminstone ofta — företrädesvis lokaliserar sig till baksträngarna, skulle möjligen kunna föra tanken på, att det i dessa fall förelåge *tabes*. Jag behöfver emellertid ej uppehålla mig länge med att vederlägga en dylik förmodan, då detta redan på ett grundligt och öfvertygande sätt utförts af NONNE [11]), utan vill endast i korthet anföra de förhållanden, genom hvilka dessa fall skilja sig från tabes, nämligen först i kliniskt afseende: det vida hastigare förloppet, den konstanta frånvaron af lancinerande smärtor *), men lika konstanta närvaron af parestesier, den ofta inträdande stegringen af patellarreflexerna, det nästan konstanta kvarstående af pupillarreflexerna för ljus, den i jämförelse med förhållandet vid en långt gången tabes vanligen endast måttliga sensibilitetsrubbningen, den konstanta frånvaron af smärtledningens förlångsammande, den vanligen höggradiga paresen af nedre extremiteterna, vidare paresens, ataxiens och sensibilitetsrubbningens tendens att inom kort utbreda sig äfven till armarna samt slutligen frånvaron af de vid tabes ofta förekommande ögonmuskelförlamningarna m. fl. vid denna sjukdom ofta uppträdande symptom; och i anatomiskt afseende: de mikroskopiska bilderna, som i nästan alla fallen tydligen utvisa en akut eller

*) NONNE [11]) uppgifver visserligen, att lancinerande smärtor skulle förekommit i tvänne af MINNICHs fall, men jag har ej funnit stöd härför hvarken i dennes sjukhistorier eller epikriser.

subakut process; den i vissa delar af ryggmärgen vanligen förekommande fördelningen af lesionen i härdar; processens egenskap att i första hand och i största utbredning angripa halsmärgen, under det att ländmärgen, särskildt dess nedre del och sakralmärgen, ej als eller blott i ringa grad drabbas af densamma; lesionens lokalisation inom ryggmärgens nedre del, hvilken är olika den vid tabes särskildt däri, att bakstrångarnas mest laterala delar äro intakta, hvaraf följer, att de långa banornas kaudala ände skonats af degenerationen; samt å ena sidan processens bestämda tendens att utbreda sig öfver den hvita substansen å hela tvärsnittet, å andra sidan dess egenskap att lemna Lissauers fält, grå substansen och bakre nervrötterna intakta; och slutligen den nästan konstanta frånvaron af skrumpning af baksträngarna.

Mitt fall IX visar emellertid ej i alla de ofvan anförda förhållandena olikhet med tabes, utan öfverensstämmer med denna sjukdom genom det jämförelsevis kroniska förloppet och skrumpningen af Gollska strängarna. Dock kan man med bestämdhet afvisa tanken på tabes, dels på grund af frånvaron af lancinerande smärtor, stegringen af patellarreflexerna och kvarståendet af pupillarreflexerna, dels på grund af frånvaron af lesion inom Lissauers fält, grå substansen och bakre nervrötterna; vidare gäller det äfven i detta fall, att den mest kaudala delen af baksträngarnas långa banor, i motsats till hvad förhållandet är vid tabes, skonats af degenerationen. Mot tabes talar äfven afgjordt den omständigheten, att ländmärgen är till allra största delen intakt, och att den degeneration af helt lindrig grad, som finnes i dess öfre del, inskränker sig till baksträngarnas mediala partier, utan att dock nå helt fram till det mediana septum. Vid tabes är däremot vanligen rotinträdeszonen för ländnerverna och de nedersta bröstnerverna intensivast drabbade af degenerationen (REDLICH [30]). Emellertid finnas några fall beskrifna, där baksträngarna varit mest angripna i ryggmärgens öfre del, men inom ländmärgen nära eller alldeles fria s. k. tabes cervicalis (MARTIUS [35]), LEYDEN [36]), RAYMOND [37]), REDLICH [30]) *). Ej häller till denna sjukdom kan

*) EICHHORST [38]) har offentliggjort ett något likartadt fall, som han benämner tabes dorsalis cervicalis. Det har emellertid ej upptagits här ofvan, då det af af den lemnade, mycket ofullständiga beskrifningen ej framgår, huru degenerationen förhållit sig inom halsmärgen. EICHHORST tyckes nämligen hafva meddelat fallet snarast på grund af det intresse, det kunde ega för frågan om patellarreflexernas lokalisation inom ryggmärgen.

mitt i fråga varande fall hänföras; ty dels hafva de spinala symptomen under första åren begränsat sig till nedre extremiteterna, under det att de vid tabes cervicalis företrädesvis uppträda i öfre; dels har degenerationen inom ryggmärgens öfre del med den största utbredningen och intensiteten drabbat Gollska strängarna, under det att den vid tabes cervicalis öfvervägande eller uteslutande angriper Burdachska.

EISENLOHR [10]) har beträffande sitt fall uttalat, att degenera tionens lokalisation inom baksträngarna tämligen väl motsvarar en typisk tabes, men han har ej lemnat någon detaljerad skildring af de anatomiska förhållandena.

Då i mitt fall IX syfilis förefunnits i anamnesen, skulle man möjligen vilja uppfatta förändringen i ryggmärgen som en *syfilitisk affektion*. Emellertid utvecklar sig ryggmärgssyfilis i de allra flesta fall samtidigt med och beroende af en affektion af hinnorna, hvaraf här ej finnes spår, och i de fall, där ingen meningitis finnes, uppträder den syfilitiska lesionen i form af en eller flere hårdar med diffus utbredning [MÖLLER [55]), LAMY [54]), LENNMALM [69]) CLARKE [18])]; däremot kan man ej såsom en direkt syfilitisk förändring beteckna en degeneration, hvilken såsom denna hufvudsakligen har karakteren af systemlesion. — I detta fall funnos visserligen förändringar af kärlen inom det degenererade området, men ingenstädes spår af cellproliferation hos kärlväggarna, hvilken utmärker den syfilitiska kärlförändringen. Denna kärllesion hade ej häller den oregelbundna, spridda utbredning, som är karakteristisk för den syfilitiska, utan var fullt likformigt fördelad öfver hela det degenererade partiet. Troligen har den varit sekundär i förhållande till degenerationen af nervtrådarna. Den tyckes haft stor likhet med den KRAUSS [56]) beskrifvit och afbildat i sitt omfattande arbete om de anatomiska förändringarna vid tabes, och hvilken han säger ofta hafva varit af hyalin natur; han betonar, att den ej kunde härledas från syfilis. Således kan en direkt syfilitisk affektion uteslutas.

Däremot kunde man tänka på, att ryggmärgslesionen i detta fall kunde vara en parasyfilitisk (FOURNIER [57]) förändring. Vår kunskap om betydelsen af syfilis för uppkomsten af ryggmärgssjukdomar är emellertid altför ofullständig för att afgöra detta, men häremot talar det förhållandet, att ryggmärgsförändringen i detta fall, frånsedt de olikheter, som äro en följd af det mera kroniska förloppet, ej i så väsentlig grad afviker från den vid

de öfriga fallen af perniciös anemi, att den ej skulle kunna anses vara af samma natur.

Då degenerationen af ryggmärgen i de flesta fallen utbredt sig äfven till sidosträngarna, måste man snarast jämföra dessa fall med de sjukdomar, vid hvilka både bak- och sidosträngarna visa degenerativa förändringar.

Så är förhållandet i ett stort antal fall af *dementia paralytica*. Jämföra vi de anatomiska förändringarna vid denna sjukdom, härvid begagnande den på mycket omfattande undersökningar hvilande beskrifning, som FÜRSTNER[58]) lemnat, med dem vid de här afhandlade fallen, finna vi åtskilliga olikheter. FÜRSTNER uppgifver nämligen, att degenerationen ej alltid är symmetrisk, utan ofta starkare å ena sidan, att den vanligen är äldst och mest uttalad inom sidosträngarna, ej angriper Gollska strängarna i högre grad än Burdachska, att den inom baksträngarna ej i likformig utbredning når öfver någon större sträcka af ryggmärgen, utan är »af circumskript art» samt slutligen att kronisk leptomeningit alltid finnes. I samtliga dessa punkter visa fallen af ryggmärgsdegeneration vid perniciös anemi afvikande förhållanden.

De ryggmärgsförändringar, som påträffas vid *pellagra* *) och hvilka nyligen varit föremål för en omsorgsfull undersökning af TUCZEK[59]), visa i många hänseenden öfverensstämmelse med dem vid perniciös anemi. I de af denne författare beskrifna fallen funnos nämligen: mjuka hinnorna oförändrade, likaså nervrötterna, Lissauers fält och grå substansen (med ett undantag); degenerationen af baksträngarna intensivare och troligen äldre än den af sidosträngarna samt hufvudsakligen begränsad till Gollska strängarna och mellersta rotzonerna **). Dock afveko dessa fall i följande hänseenden från, hvad man funnit vid perniciös anemi: lesionen af baksträngarna gick genom hela ryggmärgen och var mest utvecklad i bröstmärgen eller stundom öfversta ländmärgen, och processen i sidosträngarna var en till pyramidbanorna begränsad systemlesion, som nådde ned genom hela ryggmärgen.

---

*) De förändringar i ryggmärgen, som iakttagits vid ergotinförgiftning, förbigår jag här, då de endast uppträda inom baksträngarna.

**) MARIE[31]) lemnar en framställning af ryggmärgsläsionen vid pellagra, som på några punkter afviker från hvad TUCZEK[59]) meddelat. Utom den sist nämnde författaren citerar emellertid MARIE tvänne italienska (TONNINI, BELMONDO), hvilkas arbeten ej varit mig tillgängliga.

Öfvergå vi nu till de fall af kombinerad skleros af bak- och sidosträngarna, vid hvilka ryggmärgssjukdomen — åtminstone synbarligen — intager en mera själfständig ställning, möta vi först *Friedreichs hereditära ataxi*, som är den bäst afgränsade sjukdomsformen å detta område. Dess kliniska bild är så karakteristisk och så afvikande från de här afhandlade fallens, att jag ej behöfver uppehålla mig med att påpeka skiljaktigheterna. I fråga om de anatomiska förändringarna i ryggmärgen finnas emellertid åtskilliga likheter; så eger äfven i Friedreichs sjukdom degenerationen största intensiteten inom baksträngarna [och kanske äfven största åldern FRIEDREICH [60]), ERLICKI und RYBALKIN [61]), RÜTIMEYER [62])] och är i öfre delen af ryggmärgen bättre utvecklad inom Gollska strängarna än inom Burdachska samt stannar inom sidosträngarna hufvudsakligen inom deras dorsala hälfter. Å andra sidan afviker Friedreichs sjukdom väsentligt i följande hänseenden: ryggmärgens mjuka hinnor äro öfveralt eller på vissa områden förtjockade; processens mikroskopiska karakter, i öfverensstämmelse med sjukdomens kroniska förlopp, helt olika; degenerationen väl utvecklad i ryggmärgens hela längd både i bak- och sidosträngar; inom de förra omfattar den i ländmärgen äfven de alldeles intill bakre hornen liggande partien [RÜTIMEYER [46]), GOWERS [19]), AUSCHER [62])*)]; degenerationen af bakre nervrötterna konstant, stundom mest utvecklad i ryggmärgens nedre del [FRIEDREICH [62]), RÜTIMEYER [63])]; lesion af Clark'ska pelarna (undantag härifrån bildar endast ett af CLARKE [66]) meddeladt fall); tydlig karakter af systemlesion hos processen i sidosträngarna (ERLICKI und RYBALKIN [61]), RÜTIMEYER [62]), SCHULTZE [64])**).

Ur det stora antalet fall kombinerad skleros af bak- och sidosträngarna har STRÜMPELL [67]) sökt utskilja några till en särskild grupp, hvilken han benämner *hereditär spastisk spinalparalys*. I kliniskt afseende äro dessa fall genom sin tydligen hereditära natur, sitt kroniska förlopp och symptomens begränsning till bilden af en spastisk spinalparalys, endast förbunden med en rubbning af temperatursinnet, fullkomligt skild från fallen af ryggmärgssjukdom vid perniciös anemi. Med de senare erbjuda emellertid ryggmärgsförändringarna vid de treune

*) Beträffande det af AUSCHER meddelade fallet ligger emellertid den misstanken ganska nära, att det varit fråga om en vanlig tabes.

**) SCHULTZE [60]), [65]) har visserligen först, då han offentliggjorde de tvänne af honom anatomiskt undersökta fallen, uttalat sig för sidosträngslesionens diffusa natur, men i det senare, ofvan citerade arbetet ändrat denna uppfattning.

af STRÜMPELL[40]), [41]) anatomiskt undersökta fallen öfverensstämmelse genom den likartade utbredningen af degenerationen inom baksträngarna och dess här tydligen nedstigande förlopp. En väsentlig skilnad är dock, att i STRÜMPELLS fall sidosträngarna varit såväl tidigast som intensivast angripna, att den här därjämte haft karakteren af tydlig systemdegeneration, samt att i åtminstone tvänne af fallen Clark'ska pelarna varit angripna.

Beträffande de öfriga, ganska talrika fall, som beskrifvits af kombinerad skleros af bak- och sidosträngarna, tyckes det mig knappast möjligt att göra en genomgående jämförelse med de här afhandlade fallen, då de förra så väl i kliniskt som anatomiskt afseende visa sinsemellan mycket olikartade förhållanden, och då de ej äro indelade i bestämda grupper. Den mest omfattande sammanställningen af dessa fall är troligen den af LENNMALM[18]) utförda; den indelning af dem han företager är dock mera utförd efter etiologiska synpunkter än efter de kliniska och anatomiska förhållandena. Det tyckes mig så mycket mindre skäl att söka göra den nämnda jämförelsen, som man ingalunda med säkerhet kan afvisa den möjligheten, att vid några af de tidigare beskrifna fallen af kombinerad skleros af bak- och sidosträngarna därjämte perniciös anemi varit för handen.

Ur min sammanställning af fallen af ryggmärgssjukdom vid perniciös anemi torde det emellertid framgå, att degenerationen i alla dessa fall tämligen regelbundet utvecklat sig efter en viss typ, liksom den kliniska sjukdomsbilden visar mycket väsentliga öfverensstämmelser i de olika fallen. På grund häraf tyckes det mig sannolikt, att de i fråga varande fallen äfven i nevrologiskt hänseende kunna sammanställas till en särskild grupp.

Emellertid hafva förändringar i ryggmärgen påträffats äfven vid några andra sjukdomar, som medföra ett kakektiskt tillstånd, nämligen vid tuberkulos, diabetes mellitus och morbus addisonii; stundom har man äfven stält dessa förändringar i jämbredd med dem vid perniciös anemi (ZIEGLER[68]). Den närmare granskningen af de fall af detta slag, som finnas beskrifna, visar dock, att detta ej är berättigadt. Vid de få fall af tuberkulos och diabetes med ryggmärgsförändringar, som hittils meddelats, är det nämligen sannolikt ej fråga om verklig degeneration utan om förändringar af samma slag, som MINNICH[8]) funnit vid en mängd sjukdomar, hvilka medföra ett kroniskt,

kakektisk tillstånd *). Vid de till ett ej ringa antal meddelade fallen af morbus addisonii med förändringar i ryggmärgen tyckes det däremot vanligen hafva varit verklig degeneration, fast af lindrig grad och utan klinisk betydelse **).

Således kunna ryggmärgsförändringarna vid dessa sjukdomar ej ställas i jämbredd med de vid åtskilliga fall af perniciös anemi iakttagna höggradiga degenerationerna af baksträngarna eller ännu oftare af både bak- och sidosträngarna.

Hvad nu beträffar orsaken till den vid perniciös anemi stundom förekommande ryggmärgssjukdomen, kan på förut anförda grunder ett tillfälligt sammanträffande mellan de båda sjukdomarna uteslutas, och måste därför något sammanhang i kausalt hänseende existera dem emellan.

Detta kan man då tänka sig antingen så, att anemien gifver upphof till den sjukliga processen i ryggmärgen, eller att det finnes en för båda sjukdomarna gemensam orsak; och tyckes mig detta uppfattningssätt vara det sannolikaste. För det samma talar nämligen den omständigheten, att i några fall en ryggmärgssjukdom, antagligen likartad med den i de öfriga, framträdt redan före anemien; och denna åsikt står kanske äfven bäst i öfverensstämmelse med vårt nuvarande uppfattningssätt af i fråga varande sjukdomar. Man antager nämligen numera allmänt något slags toxiskt tillstånd som den närmaste orsaken till den höggradiga blodförändringen vid perniciös anemi, ett antagande, som för öfrigt låter väl förena sig med åsikten om sjukdomens parasitära natur; och äfven för en stor del af ryggmärgssjukdomarna vill man finna orsaken i någon slags giftverkan från blodet. Så till vida möter altså antagandet af någon gemensam orsak för de båda sjukdomarna ej några särskilda svårigheter. Däremot äro vi fullkomligt ur stånd att lemna någon förklaring, hvarför ryggmärgssjukdomen endast uppträder i några fall af perniciös anemi och synbarligen endast i relatift få.

---

*) Förf. har i sitt förut anförda arbete beskrifvit en vid ett fall af tuberkulos påträffad förändring af ryggmärgen, alldeles identisk med den ofvan nämnda, af MINNICH [8]) funna.

**) Förf. har i det nämnda arbetet lemnat en redogörelse för dessa fall och framstält grunderna för den väl äfven uttalade uppfattningen.

Sammanfattning.

1) Vid perniciös anemi påträffas vanligen (konstant?) i ryggmärgen små blödningar och ur dem uppkomma skleroser, hvilka sakna klinisk betydelse.

2) Kärlen visa mycket ofta förtjockning och börjande hyalin omvandling, hvilken förändring ingalunda alltid är förknippad med degeneration af nervelement.

3) I några — så vidt af den hittils samlade erfarenheten kan dömas blott jämförelsevis få — fall af perniciös anemi uppträder en verklig ryggmärgssjukdom; ett tillfälligt sammanträffande af denna med anemien kan med säkerhet uteslutas.

4) I dessa fall visar själfva anemiens sjukdomsbild inga afvikande förhållanden från, hvad man eljest iakttager, och man känner ingen anledning till, att ryggmärgssjukdomen endast uppträder i några fall af perniciös anemi. Bland dessa förekomma äfven de etiologiskt skilda former, man velat uppställa af den perniciösa anemien.

5) Ryggmärgssjukdomen uppträder med något växlande symptom; dock kan en viss typ påvisas hos alla fallen.

6) I anatomiskt hänseende visa visserligen förändringarna i ryggmärgen afsevärda olikheter, men dessa låta till stor del förklara sig därigenom, att processen i de olika fallen befunnit sig på ett olika utvecklingsstadium; ur den närmare analysen af fallen framgår nämligen, att degenerationen förlöper efter en tämligen regelbunden typ.

7) Sannolikt är, att dessa fall af ryggmärgssjukdom äfven i nevrologiskt hänseende bilda en särskild grupp.

8) Med största skäl tyckes man kunna antaga något toxiskt tillstånd som den gemensamma, närmaste orsaken till både ryggmärgssjukdomen och anemien.

9) Förändringarna i ryggmärgen i dessa fall äro af helt annan art än de vid tuberkulos och diabetes påträffade; dessa äro nämligen — enligt alt att döma — identiska med de af MINNICH[64]) vid olika kakektiska tillstånd påvisade, hvilka uppträda först helt kort före döden och sakna all klinisk betydelse.

10) Äfven kunna förändringarna i dessa fall utan tvekan skiljas från den föga uttalade och kroniskt förlöpande degeneration, som ofta påträffas vid morbus Addisonii.

Litteraturförteckning.

1) A. BIERMER: Korrespondenzblatt für schweiz. Aerzte, bd 2, n:r 1. 1872. ordagrant citerad hos 5).

2) H. MÜLLER: Die progressive perniciöse Anemie. Zürich 1877.

3) H. EICHHORST: Die progressive perniziöse Anemie. Leipzig 1878.

4) M. NONNE: Weitere Beiträge zur Kentniss der im Verlaufe letaler Anemien beobachteten Spinalerkrankungen. Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilk., bd 6, s. 313, 1895.

5) LEICHTENSTERN: Ueber progressive perniciöse Anemie bei Tabeskranken. Deutsche medic. Wochenschrift, 1884, s. 849.

6) LICHTHEIM: Verhandlungen des Congresses für innere Medic., 1887, s. 84.

7) W. MINNICH: Zur Kenntniss der im Verlaufe der perniciösen Anemie beobachteten Spinalerkrankungen. Zeitschr. für Klin. Medic., bd 21, s. 25 och 264, 1892.

8) W. MINNICH: Dito, bd 22, s. 60, 1893.

9) C. V. NOORDEN: Untersuchungen über schwere Anemien. Charité-Annalen, 1891, s. 217 och 1892, s. 202.

10) EISENLOHR: Ueber primäre Atrophie der Magen- und Darmschleimhäute und deren Beziehungen zur schweren Anemie und Rückenmarkserkrankung. Deutsch. medic. Wochenschrift, 1892, n:r 49, s. 1105.

11) M. NONNE: Beiträge zur Kenntniss der im Verlaufe der perniciösen Anemie beobachteten Spinalerkrankungen. Archiv für Psychiatrie, bd 25, s. 421, 1893.

12) H. M. BOWMAN: On the association of disease of the spinal cord with pernicious anaemia. The Brain, bd 66, s. 198, 1894.

13) C. ROESEBECK: Ein Fall von perniciöser Anemie mit schwerer Erkrankung des Rückenmarkes. Inaug. Dissert. Göttingen, 1894.

14) A. ARNING: Ein Fall von perniciöser Anemie mit Degenerationserscheinungen in den Hintersträngen. Inaug. Dissert., Leipzig. 1894.

15) W. BULLOCH: Hyaline degeneration of the spinal cord. The Brain, 1892, s. 411.

16) J. TAYLOR: The Lancet, 1895, I, d. 30/3, s. 808.

17) E. LEYDEN: Ueber chronische Myelitis und die Systemerkrankungen im Rückenmark. Zeitschr. für Klin. Medicin, bd 21 s. 1, 1892.

18) F. LENNMALM: Om kombinerade skleroser i ryggmärgens bak- och sidosträngar. Hygiea, bd 56 II, s. 148, 1894.

[19]) W. R. GOWERS: A manual of diseases of the nervous system. Sec. Edition, bd 1, London 1892.

[20]) K. MAYER: Ueber die combinirten systematischen Erkrankungen der Rückenmarksstränge. Beiträge zur klin. Medic. und Chirurg., h. 4. Wien und Leipzig 1894.

[21]) PIERRE-MARIE: Maladies intrinsèques de la moelle épinière. Traité de Méd., tome VI, s. 307, 1894.

[22]) L. EDINGER: Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere. Vierte Auflage. Leipzig 1893.

[23]) N. LOEWENTHAL: Neuer experimentell-anatomischer Beitrag zur Kenntniss einiger Bahnen im Gehirn und Rückenmark. Internat. Monatsschrift für Anat. und Physiol., bd 10, s. 168, 1893.

[24]) C. WESTPHAL: Ueber einen Fall von sog. spastischer Spinalparalyse mit etc. Archiv für Psychiatrie., bd 15, s. 224, 1884.

[25]) H. TOOTH: The Gulstonian Lectures on secondary degeneration of the spinal cord. — The Brit. med. Journal 1889, I, s. 753.

[26]) J. SINGER und E. MÜNZER: Beiträge zur Anatomie des Centralnervensystems insbesondere des Rückenmarks. Denkschrift des Kais. Akademie der Wissens. im Wien, bd 57, s. 569, 1890.

[27]) R. PFEIFFER: Zwei Fälle von Lähmung der unteren Wurzeln des Plexus brachialis. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk., bd 1, s. 345, 1891.

[28]) P. MARIE: Leçons sur les maladies de la moëlle. Paris 1892.

[29]) LEYDEN: Die neuesten Untersuchungen über die pathologische Anatomie und Physiologie der Tabes dorsalis. Neurolog. Centralbl., 1894, s. 42.

[30]) E. REDLICH: Die hinteren Wurzeln des Rückenmarkes und die pathologische Anatomie der Tabes dorsalis. Jahrbücher für Psychiatrie, bd 11, s. 1, 1892.

[31]) P. FOA: Policlinico, Gingno 1890, n:r 5, cit. enl. Centralbl. für allgem. Pathol., bd 2, s. 72, 1891.

[32]) C. WESTPHAL: Ueber Fortdauer des Kniephänomens bei Degeneration der Hinterstränge. Arch. für Psychiatrie, bd 17, s. 547, 1886.

[33]) H. OBERSTEINER und E. REDLICH: Ueber Wesen und Pathogenese der tabischen Hinterstrangsdegeneration. Arbeiten aus dem Institute für Anat. und Physiol. des Centralnervenssystems an der Wiener Univ. 1894, cit. enl. Nevrologisches Centralbl., 1894, s. 454.

[34]) L. EDINGER: Eine neue Theorie über die Ursachen einiger Nervenkrankheiten, insbesondere der Neuritis und der Tabes. Samml. klin. Vorträge von Volkmann, N. F., n:r 106, 1894.

[35]) MARTIUS: Ueber einen Fall von Tabes dorsalis. Deutsche medic. Wochenschr. 1888, s. 163.

[36]) LEYDEN: Deutsche medic. Wochenschr., 1888, s. 164.

37) F. RAYMOND: Lésions spinales du tabes au début., Revue de Médec., bd 11, s. 1, 1891.

38) H. EICHHORST: Das Verhalten des Patellarsehnenreflexes bei Tabes dorsalis cervicalis. Virchov's Archiv, bd 125, 1891.

39) W. MANZ: Veränderungen in der Retina bei Anemia progressiva perniciosa. Centralbl. für die medic. Wissenschaften, bd 13, s. 675, 1875.

40) A. STRÜMPELL: Beiträge zur Pathologie des Rückenmarks. Arch. für Psychiatrie, bd 11, s. 27, 1881.

41) A. STRÜMPELL: Ueber eine bestimmte Form der primären combinirten Systemerkrankung des Rückenmarks etc. Arch. für Psychiatrie, bd 17, s. 217, 1886.

42) O. VIERORDT: Degeneration der Goll'schen Stränge bei einem Potator. Arch. für Psychiatrie, bd 17, s. 365, 1886.

43) E. REDLICH: Beitrag zur Kenntuiss der pathologischen Anatomie der Paralysis agitans etc. Jahrbücher für Psychiatrie, bd 12, s. 384, 1894.

44) M. LITTEN: Zur Pathologie des Blutes. Berl. klin. Wochenschrift, 1883, n:r 27, s. 405.

45) H. RIBBERT: Ueber multiple Sclerose des Gehirns und Rückenmarks, Virchow's Archiv, bd 90, s. 243, 1882.

46) E. AUSCHER: Sur un cas de maladie de Friedreich avec autopsie. Arch. de Physiol. norm. et patholog., bd 25, s. 340, 1893.

47) KETSCHER: Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans etc. Zeitschr. für Heilkunde., bd 13, s. 445, 1892.

48) DEMANGE: Tvänne afhandlingar i Revue de médecine, 1884, s. 753 och 1885, s. 1; cit. enl. *E. Copin*, Contribution à l'étude des troubles médullaires chez les athéromateux. Thèse pour le d., Paris 1887.

49) X. FRANCOTTE: Études sur l'anatomie pathologique de la moelle épinière. Archives de Neurologie, bd 20, s. 46, 1890.

50) H. SCHMAUS: Die Kompressionsmyelitis bei Karies der Wirbelsäule, Wiesbaden 1890.

51) E. A. HOMÉN: Contribution expérimentale à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la moelle épinière. Helsingfors 1885.

52) C. LANGE: Om Ledningsforholdene i Rygmarvens Bagstränge samt nogle Bemärkninger om Patologien af tabes dorsalis. Nord. med. arkiv, bd 4, n:r 11, 1872.

53) S. R. CAJAL: Les nouvelles idées sur la structure du système nerveux chez l'homme et chez les vertébrés. Édition française. Paris 1895.

54) M. MÖLLER: Studier öfver ryggmärgssyfilis. Nord. med. arkiv, bd 22, n:r 22, 1890.

55) H. LAMY: Syphilis des centres nerveux. Traité de Médecine, tom VI, s. 605, 1894.

56) E. KRAUSS: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis. Arch. für Psychiatrie, bd 23, s. 387, 1892.

57) A. FOURNIER: Les affections parasyphilitiques, Paris 1894.

[58]) FÜRSTNER: Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse etc., Arch. für Pychiatrie, bd 24, s. 83, 1892.

[59]) F. TUCZEK: Klinische und anatomische Studien über die Pellagra, Berlin 1893.

[60]) N. FRIEDREICH: Ueber Ataxie mit besonderer Berücksichtigung der hereditären Formen. Virchow's Archiv, bd 70, s. 140, 1877.

[61]) U. ERLICKI und J. RYBALKIN: Zur Frage über die combinirten Systemerkrankungen des Rückenmarks. Archiv für Psychiatrie, bd 17, s. 693, 1886.

[62]) L. RÜTIMEYER: Ueber heriditäre Ataxie. Ein Beitrag zu den primären combinirten Systemerkrankungen des Rückenmarks. Virchow's Archiv, bd 110, s. 215, 1887.

[63]) N. FRIEDREICH: Ueber degenerative Atrophie der spinalen Hinterstränge. Virchow's Archiv, bd 26, s. 391 och s. 433, 1863.

[64]) FR. SCHULTZE: Ueber Friedreich's Krankheit und ähuliche Krankheitsformen. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk., bd 5, s. 27, 1894.

[65]) FR. SCHULTZE: Ueber combinirte Strangdegenerationen in der Medulla spinalis. Virchow's Archiv, bd 79, s. 132, 1880.

[66]) J. M. CLARKE: A case of Friedreich's disease or hereditary ataxy with necropsy. Brit. Med. Journal, 1894, II, s. 1294.

[67]) A. STRÜMPELL: Ueber die hereditäre spastische Spinalparalyse. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk., bd 4, s. 173, 1893.

[68]) E. ZIEGLER: Lehrbuch der allgemeinen und speciellen Pathologischen Anatomie, 7 uppl., bd II, Jena 1892.

[69]) J. M. CLARKE: On syphilitic affections of the spinal cord. The Lancet, 1894, I, s. 1297.

[70]) G. BALLET et L. MINOR: Étude d'un cas de fausse sclérose systématique combinée de la moelle. Archiv. de Neurol., bd 7, s. 44, 1884.

Förklaring till bilderna.

I. Tvärsnitt från förlängda märgen och ryggmärgen i fall VIII. Tecknade efter Weigerts preparat (4/1):
a: förlängda märgens nedre del.
1. bakre hornens hufvud.
2. degenerationsfältet inom sidosträngarna.
b—k: ryggmärgen.

II. Tvärsnitt från ryggmärgen i fall IX. Tecknade efter Weigerts preparat (4/1). (I fig. c och e är den degenererade pyramidbanan belägen på v. sida, hvilket beror på en felaktig vändning af preparaten).

III. Hemorragisk härd med början de skleros från hvita substansen i fall I:
1. härdens ena hälft, tecknad efter ett Weigerts preparat.
2. härdens andra hälft, tecknad efter ett nigrosin-preparat (200/1).
b: röda blodkroppar
m: ansvälda nervtrådar
s: den förtjockade mellansubstansen
H: bakre hornet.

IV. Degenereradt parti från baksträngarna i ländansvällningen i fall VIII, tecknadt efter Weigert-Pals preparat med kärnfärgning med alunkarmin (200/1) (ett par af luckorna i kanten af teckningen stamma från ett nära liggande ställe i preparatet).
n. n.: normala, tvärskurna nervtrådar
h.: horisontelt förlöpande nervtrådar (från bakre rötternas instrålning).
n.: den förökade mellansubstansen
n. k.: nevroglians kärnar
m.: måttligt ansvälda märgskidor
l.: märgskidor, som ansvält till form af luckor.
k.: kärnar hos i luckorna invandrade levkocyter.
c.: en liten korncell, belägen inne i en lucka.
b.: blodkärl.

V. Parti från sidosträngens randdegeneration inom bröstmärgen i fall VIII, tecknadt efter ett karminpreparat med kärnfärgning med alunhematoxylin (200/1).
n.: kvarvarande, oförändrade nervtrådar.
n. k.: nevroglians kärnar.
m.: mellansubstansen.
k.: kornceller.

VI. Tvärsnitt af nästan fullständigt degenereradt parti från baksträngarna i bröstmärgen i fall IX, tecknadt efter ett Weigerts preparat (200/1).
h.: horisontelt förlöpande fibriller.
v.: vertikalt förlöpande fibriller.
p.: utvidgadt perivaskulär-rum.
d.: inom detta belägen detritus-massa.
n.: kvarstående, med hematoxylin färgbara nervelement.



I. a.



I. d.



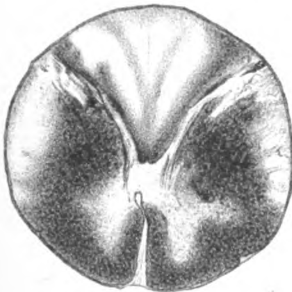
I. h.



I. e.



I. i.



I. b.



I. f.



I. c.



I. g.



I. k.

Ivar Broman del.



II. a.



II. d.



II. b.



II. e.

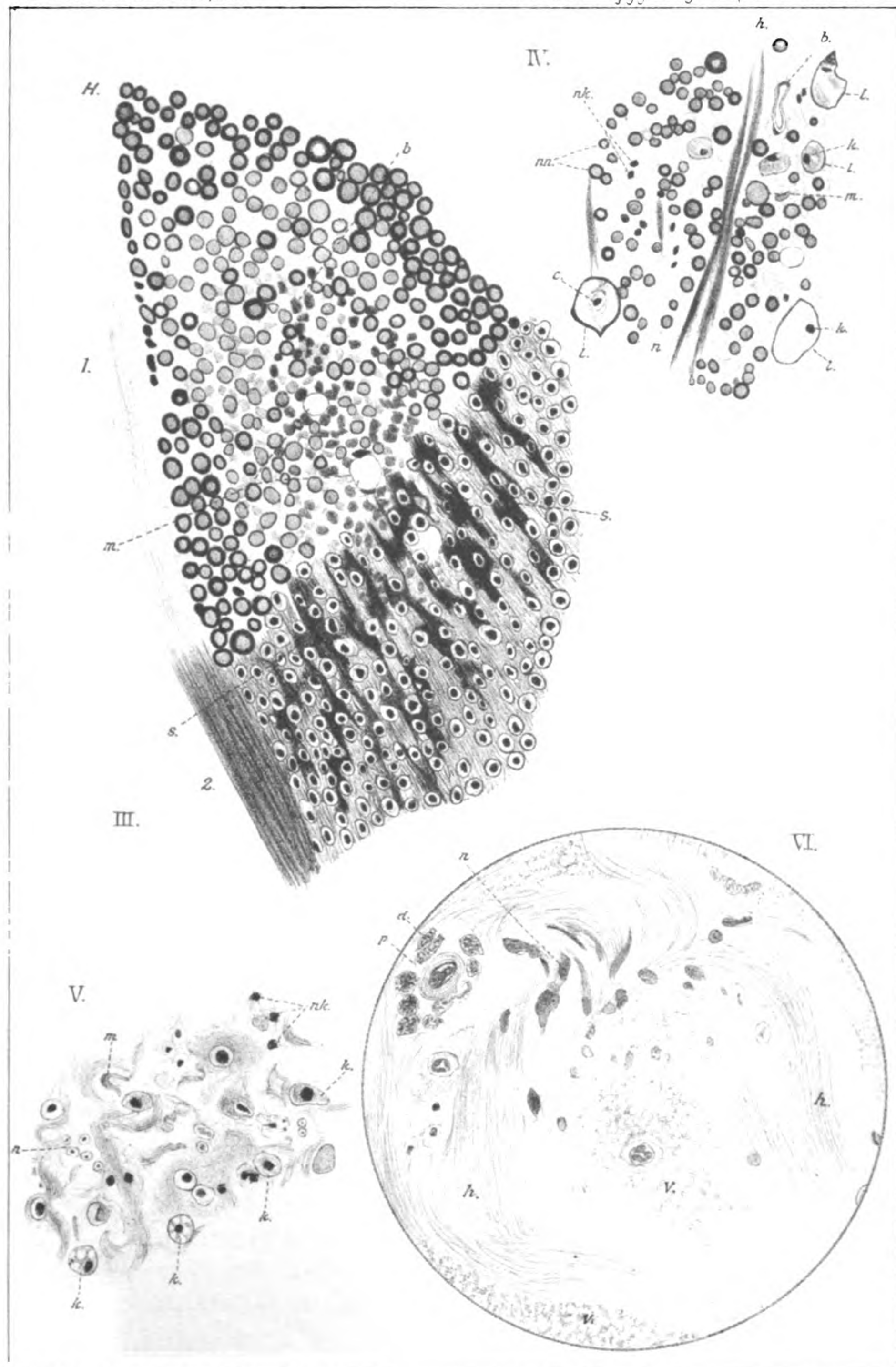


II. c.



II. f

Lith. W. Schlachter, Stockholm.


IV.
h.
b.
nk.
nn.
l.
k.
m.
c.
n
H.
b
1.
m.
s.
s.
2.
III.
VI.
n
d.
p
V.
nk.
m
k.
n
k.
k.
k.
h.
h.
V.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. N:r 8.

Hjärtets Perkussionsforhold

med särligt Hensyn til den »afdämpede» Perkussion.

Af

N. J. STRANDGAARD.

Köbenhavn.

Med 10 Tavler.

(Forts. fr. Nr 2.)

Hvad läre vi nu ved en närmere Betragtning af disse Forsög?

Det förste Spörgsmål, som tränger til Besvarelse, er:

1) *Er Lydforskellen ved de virkelige Gränselinjer skarp, når man anvender den afdämpede Perkussion, og er det rigtigt, at der kun findes en ubetydelig Forskel, når man rykker längere ind på det dämpede Parti?*

Dette Spörgsmål må efter min Erfaring besvares benägtende.

Talrige Forff. anföre, at man, når man f. Ex. vil bestemme den relative Hjärtedämpnings venstre Gränse ved almindelig Perkussion, da får en aldeles jävn Overgang fra klart til absolut dämpet, så at det, hvad også mange Forfattere sige, er en ren Smagssag, hvor man vil sätte Gränsen.

Ved Anvendelsen af den afdämpede Perkussion skulde Gränsen nu blive aldeles skarp, og ISRAEL-ROSENTHAL udtaler endog, at man ved at perkutere fra det dämpede Parti ud imod det klare, ofte får en Fornemmelse, som om man »plumpede ud på Dybet», når man passerer Gränsen.

Jeg kan hertil ikke sige andet, end at jeg ved de talrige Undersögelser, som jeg har gjort på Lig og levende, aldrig er bleven imponeret af en sådan Fornemmelse.

Efter min Erfaring er Forholdet fölgende: Ved Anvendelse af almindelig Perkussion vil man, når man perkuterer udefra indad mod venstre Dämpningsgränse (for at blive ved det én Gang valgte Exempel) få en nästen aldeles jävn Overgang fra klart til dämpet. Men der kommer dog altid et Punkt, hvor man siger til sig selv: her er Gränsen, idet man dog samtidig må indrömme, at forskellige Undersögere ikke ville finde Gränsen nöjagtig på samme Sted. Men mellem Folk, der ere lidt övede og anvende nogenlunde samme Perkussionsstyrke, vil Gränsen dog ikke variere särdeles meget, og hos sunde Individer vil den i Regelen findes lidt indenfor Papillärlinjen omtrent midt mellem Papillen og Parasternallinjen.

Ganske på lignende Måde forholder det sig ved Anvendelsen af afdämpet Perkussion. Der findes da for min Opfattelsesävne en jävn Overgang fra klart til dämpet; men også i dette Tilfälde kommer der et Punkt, hvor jeg siger: her er Gränsen, idet jeg dog ligesom ved Anvendelse af almindelig Perkussion må indrömme, at en anden Undersöger måske med lige så stor Ret kan sätte Gränsen 1 Centimeter längere ude eller inde.

Medens ISRAEL-ROSENTHAL finder venstre Dämpningsgränse på samme Sted, hvad enten han anvender almindelig eller afdämpet Perkussion, har jeg nästen altid fundet Gränsen *längere ude* ved afdämpet end ved almindelig Perkussion. Da imidlertid Lydovergangen ved bägge Metoder er sukcessiv, og bägge de fundne Gränser ikke absolut skarpe, fordi det er en Smagssag, *hvor* man vil sätte Gränsen mellem klart og dämpet, når Overgangen er jävn, er det jo let forklarligt, at nogle lade de to Gränselinjer falde sammen, andre ikke.

At Lydovergangen virkelig er sukcessiv og ikke skarp, er ikke en blot og bar Erfaringssätning; jeg mener at kunne forklare teoretisk, hvorfor der ikke *kan* väre nogen skarp Dämpningsgränse, noget, jeg senere skal komme närmere ind på.

Det andet Spörgsmål, som må opstilles, er:

2) *Finder man ved Perkussion i Interkostalrummene nöjagtig samme Gränse som ved afdämpet Perkussion?*

Også dette Spörgsmål må jeg besvare benägtende.

I de 51 Tilfälde, i hvilke jeg har undersögt både den interkostale og den afdämpede Hjärtedämpning, faldt Gränsen

Fig. 1

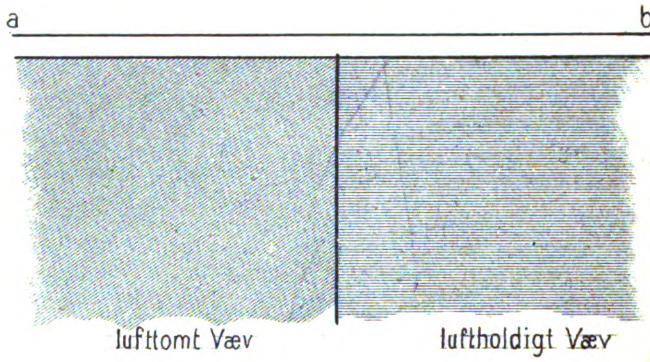
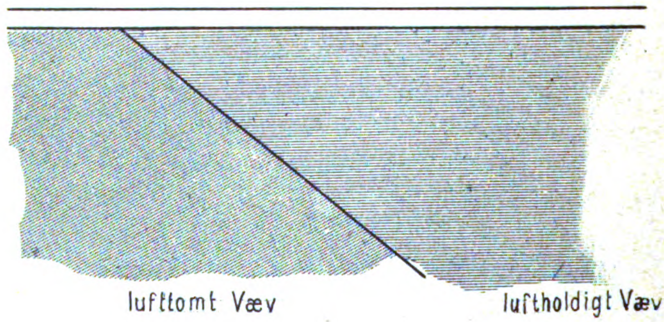


Fig. 2



S. Kruckow Lith. Kjøbenhavn

for venstre Rands Vedkommende sammen i 16 Tilfälde, for höjre Gränses Vedkommende i 8 Tilfälde. Ellers fandt jeg altid Dämpningsgränsen omtrent 1 Cm. längere inde ved interkostal end ved afdämpet Perkussion. Også her var Lydovergangen sukcessiv og den fundne Gränse kun at betragte som rent omtrentlig, så at jeg også her må indrömme, at jeg ikke kan nägte nogen at finde én og samme Gränse både ved almindelig, interkostal og afdämpet Perkussion. Derimod må jeg på det bestemteste nägte, at man ved nogen af Metoderne får en skarp Dämpningsgränse. Jeg skal, som sagt, senere söge at bevise, hvorfor det er en Umulighed, ligesom jeg da skal söge at forklare, hvorfor jeg har fundet den interkostale Hjärtedämpnings Gränse längere ude end den relatives og den afdämpedes längere ude end den interkostale.

3) Vende vi os dernäst til det Spörgsmål, om den ved *afdämpet Perkussion fundne Dämpningsfigur svarer fuldständig nöjagtig til Hjärtets og de store Kars anatomiske Leje*, vil det allerede af den Omständighed, at jeg i de fleste Tilfälde ikke har fundet Gränsen skarp, fremgå, at jeg ikke tror på nogen absolut nöjagtig Kongruens mellem Hjärtets forreste Flade og den ved afdämpet Perkussion fundne Dämpningsfigur; men jeg skal i det fölgende söge at oplyse Forholdet mellem disse to Faktorer.

a) *Teoretiske Betragtninger.* Det er indlysende, at, når Gränsen mellem det dämpede og det klare Parti skal väre skarp, så må der også väre en skarp Gränse mellem det lufttomme og luftholdige Organ, hvis Gränselinje det gälder at bestemme. Det simpleste, man i så Henseende kan tänke sig, er et Forhold som i Bill. 1.

Ingen vil vel tvivle om, at man under sådanne Forhold kan udperkutere Gränsen med anatomisk Nöjagtighed. — Det Sted, hvor de anatomiske Forhold närme sig mest til disse ideale Forhold, er der, hvor Lungeranden gränser op til den Del af Hjärtet, som ligger direkte op til Brystväggen (Bill. 2). De fleste Forfattere angive da også, at denne Gränse kan bestemmes ganske nöjagtig. Imidlertid er der en väsentlig Forskel på Forholdene, således som de ere fremstillede i Bill. 1 og i Bill. 2. I förste Tilfälde have vi at afgränse et *absolut dämpet Parti fra et absolut klart*, i sidstnävnte et *absolut*

dämpet fra et relativt dämpet. Imidlertid skal man efter de fleste Forff:s Angivelse også i sidste Tilfälde nöjagtig kunne bestemme det Punkt, hvor man fra luftholdigt Väv rykker ind over lufttomt, når man blot anvender *svag Perkussion.*

Men hvorledes går det nu med den perkussoriske Differentiering mellem det *absolut klare og relativt dämpede?* Det er jo sådanne Forhold, vi få at göre med ved Gränsebestemmelsen af Hjärtet. De ugunstigste Forhold, man her kan tänke sig, ere vel de, som ere fremstillede i Bill. 3.

Lad os antage, at det luftholdige Väv ud for *b* har en Tykkelse af 10 Cm., og at det aftager ganske jävnt i Tykkelse i Retningen henimod *a*. — Ved almindelig Perkussion ud for *b* vil Perkussionslyden da väre absolut klar. Efter FRIEDREICH nå Perkussionsevingningerne nemlig 5 Cm. i Dybden. Dette betvivles af flere Forff., bl. a. af PETERSSON og ISRAEL-ROSENTHAL, og for så vidt med Rette, som Perkussionssvingningernes större eller mindre Udbredning i Dybden jo er afhängig af Perkussionsslagets Styrke. I närvärende Sammenhäng kan det imidlertid väre ligegyldigt, *hvor* dybt de nå; ti selv om de kunne nå dybere end 5 Cm., tör man vel nok kalde en Perkussionslyd, der fremkommer ved Svingninger af en Perkussionskegle med 5 Cm:s Dybde, for klar. Da nu Perkussionslydens Styrke er afhängig af Svingningsamplituden (d. e. Svingningsexkursionernes Störrelse, der atter er afhängig af Perkussionsslagets Styrke) og den svingende Masses Störrelse, så vil Lydstyrken ikke forandres, når disse to Faktorer ere uforandrede.

Perkutere vi nu i Retning fra *b* til *a* lodret på Overfladen, ville vi ved stadig at anvende samme Styrke i Anslaget kunne bevirke, at Svingningsamplituden stadig bliver den samme. Den eneste Faktor, der da influerer på Lydstyrken, bliver nu den svingende Masses Störrelse, og da denne aftager ganske jävnt henimod *b*, vil Perkussionslyden, hvis vi f. Ex. have valgt en sådan Perkussionsstyrke, at Svingningerne tränge 5 Cm. i Dybden, stadig have samme Styrke, så länge vi perkutere fra *b* til *x*, men aftage ganske jävnt i Styrke på Sträkningen *x* til *a*, fordi den svingende Masses Störrelse aftager ganske jävnt, alt eftersom det luftholdige Väv bliver tyndere og tyndere. Teoretisk set bliver Gränsen mellem klart og relativt dämpet ved *x*; men det er öjensynligt, at Gränsen ikke kan blive *skarp*, hvad enten vi perkutere med eller uden Afdämp-

Fig: 3

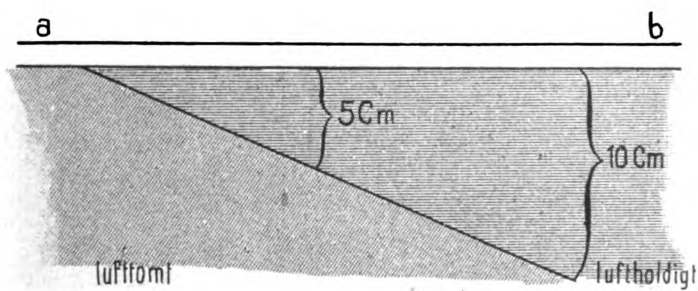
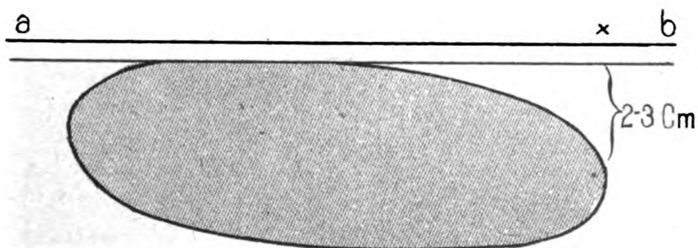


Fig: 4



ning; der er jo ikke noget som helst Spring i Perkussionskeglens Dybde, den aftager ganske jävnt fra 5 til 0 Cm. — Mange ville måske sige, at der under de givne Forhold *slet ingen* Dämpningsgränse kan påvises. Dog kan man sikkert ved omhyggelig Iagttagelse *nogenlunde* afgränse Partiet *ax*, på hvilket Lydstyrken er jävnt aftagende fra Partiet *xb*, på hvilket Lydstyrken er uforandret. Men skarp kan Gränsen aldrig blive, så meget mere som den anden Faktor, der influerer på Lydstyrken, Perkussionsslagets Styrke, aldrig under praktiske Forhold kan väre så aldeles uforandret som tänkt i et teoretiskt valgt Exempel.

Der er jo imidlertid intet forbavsende i, at man ikke kan udperkutere nogen Gränse, hvor en sådan i Virkeligheden ikke existerer. En perkussorisk Gränsebestemmelse kan der derimod väre Tale om, hvor Forholdene ere som i Bill. 4, hvor de närme sig det, som man i Almindelighed tänker sig, når man forestiller sig Perkussionsforholdene ved Bestemmelse af den relative Hjärtedämpning. Er Perkussionskeglens Dybde 5 Cm., vil man jo ved *x* få en pludselig Aftagen i Lydstyrken, fordi den svingende Masses Större1se pludselig formindskes betydelig. Gränsen vil nästen blive lige så skarp som i Bill. 1.

Men stemme nu de virkelige Forhold overens med de i Bill. 4 fremstillede? Nej. — Först möde vi den Omständighed, at Brystoverfladen er cylindrisk eller snarere töndeformig krummet, hvilket på let forståelig Måde vil bevirke, at *Dämpningsfiguren bliver större* end det lufttomme Organ (Bill. 5). Dette Forhold omtales meget lidt i Literaturen. Jeg har kun fundet det berört af to Forfattere, nemlig JOSEPH MEYER og ISRAEL-ROSENTHAL. JOSEPH MEYER siger rent ud, at den Omständighed, at Hjärtet bliver udperkuteret i forstörret Målestok på Brystväggen på Grund af dennes Krumning, bevirker, at man ikke kan slutte fra Målene på Dämpningsfiguren til Hjärtets virkelige Längde- og Breddemål, og for at konstatere Rigtigheden heraf har han gjort Forsög på Lig, på hvilke han sammenligner *rigtig trufne perkussoriske Mål* med de *anatomiske* Längde- og Breddemål. På 12 således undersögte Lig fandt han, at Breddemålet gennemgående var 1—4,5 Cm. större end det tilsvarende anatomiske Mål og det perkussoriske Längdemål 0,2—3,3 Cm. större end det anatomiske.

ISRAEL-ROSENTHAL mener, at Forholdet ikke spiller nogen Rolle for *Bredde*målets Vedkommende. Derimod er det perkussoriske *Längde*mål efter ham flere Cm. längere end det anatomiske, fordi apex cordis ligger ud for det stärkest krummede Parti af Brystväggen. Han lägger dog ikke synderlig Vägt på Forholdet, men anbefaler varmt den afdämpede Perkussion til Bestemmelse af hele Hjärtets Störrelse.

Imidlertid er det sikkert, at *Dämpningsfiguren vil präsentere Hjärtet i forstörret Målestok*, selv om dets Gränser virkelig kunne udperkuteres nöjagtig. Thorax vil så at sige virke som et Forstörrelsesglas. Man må dog erindre, at Dämpningsfiguren ikke vil präsentere Hjärtet, som dette vil ses gennem et sfärisk Forstörrelsesglas, men som det vil ses gennem et astigmatisk Glas, og tilmed ikke et regelmässigt, men et uregelmässig astigmatisk Glas, da Brystets Forflade jo ikke er regelmässig cylindrisk, men töndeformig og med flere mindre Uregelmässigheder på Overfladen. Det omtalte Billede af Hjärtet vil således *ikke blot blive forstörret, men også forvränget*, da Forstörrelsen er forskellig i de forskellige transversale og sagittale Planer.

Men selv med Hensyn til disse Forhold var det dog ikke uden Värdi, hvis vi kunde udperkutere Gränserne nöjagtig således, som det vel vilde väre muligt under de Forhold, som ere fremstillede i Bill. 5.

I denne er *Brystväggen* kun svagt krummet, Hjärtet kun däkket af et ganske tyndt Lag *Lungeväv* og dets *Rande* nogenlunde skarpe. Men disse tre Forhold kunne jo hver for sig väre anderledes og dermed influere på Perkussionsresultaterne.

Se vi nu först på *Brystväggens Krumning*, så kan den jo tänkes langt stärkere end i Bill. 5. Tänkte vi os i denne Centrum af den Cirkel, af hvilken den skitserede Brystoverflade danner et Brudstykke, og alle de Radier, som gå fra Centrum til det tegnede Stykke af Cirkelbuen, vil kun én af disse Radius tangere Hjärteranden, og det Punkt af Cirkelbuen, som denne Radier träffer, må väre et Udtryk for den ved Perkussionen nöjagtig bestemte Dämpningsgränse.

Ville vi nu på lignende Måde i Bill. 6, hvor Perkussionsfladens Krumning er stärkere, söge at bestemme det Punkt af Brystoverfladen, som svarer til den rigtig udperkuterede Gränse, vil man se, at der findes talrige Punkter, som opfylde

Fig. 5.

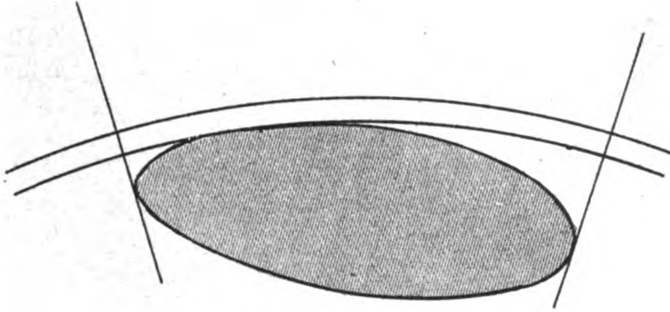
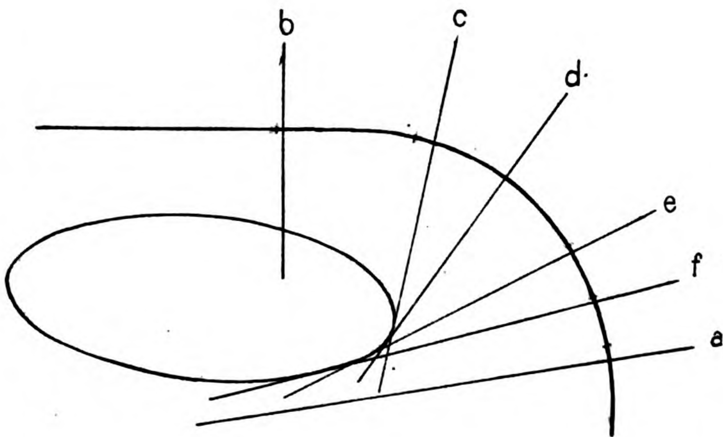


Fig. 6.



S. Kruckow Lith. Kjøbenhavn

Fig. 7.

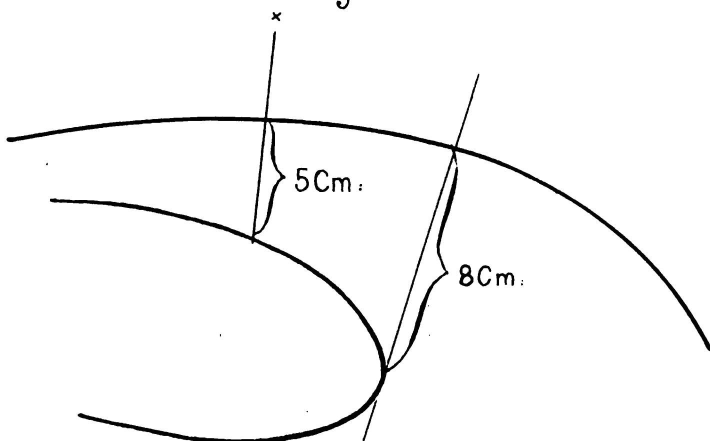
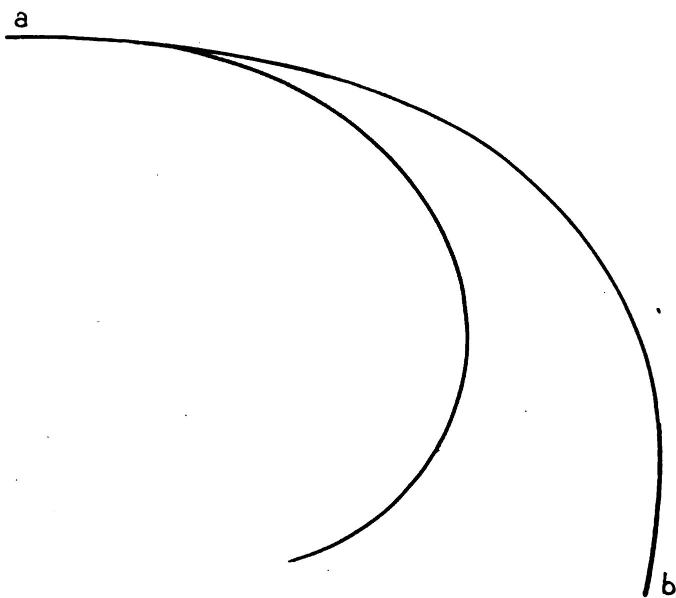


Fig. 8.



de forlangte Betingelser, idet Hjärteranden netop ligger i Centrum af den Cirkelbue, som repräsenterer den mest krummede Del af Brystoverfladen. Perkutere vi i Retningen fra *a* til *b*, vil det ikke väre let at afgöre, *hvor* Dämpningsgränsen egentlig skal sättes. Nogle ville måske sige, at Gränsen må sättes ved *c*. Men Perkussionskeglens Dybde er jo her lige så stor som ved *d*, *e* og *f* og alle de mellemliggende Punkter, så at Gränsen med samme Ret kan sättes ved disse. Vil man alligevel sätte Gränsen ved *c*, fordi Lungevävet her begynder at aftage i Tykkelse hen imod *b* og Perkussionskeglen altså her begynder at aftage, må man indvende, at Gränsen da lige så godt kan sättes ved *f*, hvor der jo må komme et Spring i Perkussionskeglens Dybde, når man perkuterer fra *a* til *b*. I hvert Fald må man vist indrömme, at det er meget omdisputabelt, *hvor* Gränsen skal sättes.

Hvad dernäst angår *Lungelagets Tykkelse*, så var det i Bill. 5 tänkt at väre få Cm. — Men det kan jo godt tänkes at väre langt tykkere, f. Ex. 7—8 Cm., som fremstillet i Bill. 7. — Er nu Perkussionskeglens Dybde 5 Cm., vil det indses, at vi i dette Tilfälde ikke ville finde Dämpningsgränsen för ved *x*. Vi have med andre Ord her et Forhold, der närmer sig det i Bill. 3 fremstillede, og vi ville derfor lige så lidt her som der kunne vänte at finde nogen skarp Dämpningsgränse. Og selv om vi gå ud fra, at Perkussionssvingningerne tränge langt dybere, f. Ex. 10 Cm., indser man let, at Lydforskellen ved den virkelige Gränse må blive langt mindre fremträdende, når Lungevävets Tykkelse ved Hjärteranden er 8 Cm., end når den f. Ex. er 2—3 Cm. I det ene Tilfälde få vi et Spring i Perkussionskeglens Dybde fra 10 til 2—3 Cm., i det andet fra 10 til 8 Cm.

Endelig var *Hjärteranden* i Bill. 5 tänkt at väre nogenlunde skarp. Er den nu derimod mere jävnt afrundet, som det er fremstillet i Bill. 8, så vil dette sammen med den Omständighed, at Brystväggen er krummet, bevirke, at Forholdet bliver ganske lig det i Bill. 3 fremstillede. I dette som i hint Tilfälde vil jeg ved at perkutere fra *b* til *a*, vinkelret på Overfladen og med konstant Perkussionsstyrke, få en ganske jävn Overgang fra klart til dämpet, idet Lungevävets Tykkelse aftager ganske jävnt hen imod *a*. Forskellen mellem Bill. 3 og Bill. 8 er blot den, at de to Flader, hvorom det drejer sig, Perkussionsfladen og Overfladen af det lufttomme Organ, i det

ene Tilfälde ere plane, i det andet krummede, så at der heller ikke her kan blive Tale om nogen skarp Dämpningsgränse.

b) *Spille nu de her fremstillede Forhold nogen Rolle i Virkeligheden?*

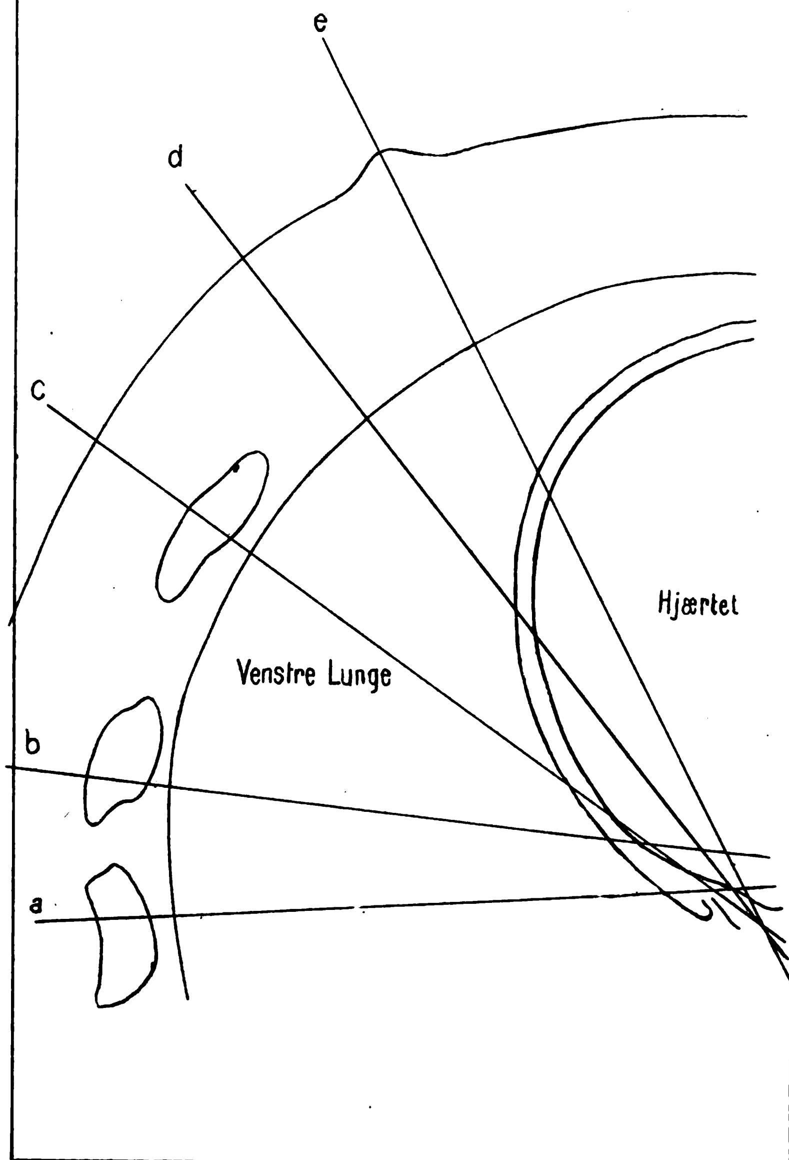
Dette Spörgsmål kan kun besvares ved en nöje Betragtning af de anatomiske Forhold. Jeg må i så Henseende henvise til de anatomiske Billeder, der fremstille Tvärsnit af Brystkassen hos voxne og Börn, tagne i forskellig Höjde, således som de f. Ex. findes i BRAUNES og SYMINGTONS anatomiske Atlasser, og af hvilke jeg meddeler nogle Exempler. (Se Bill. 9 og 10 samt Tavle B.)

Jeg skal knytte nogle Bemärkninger til disse Billeder.

Se vi först på venstre Hjärtegränse, således som den f. Ex. efter BRAUNE er fremstillet i naturlig Störrelse i Bill. 9, ses det, at den frembyder en märkelig Blanding af Forholdene, således som de ere fremstillede i Bill. 6, 7 og 8.

Vi finde her en betydelig Krumning af Brystoverfladen, en Hjärterand, der präsenterer sig som en afrundet Flade, af hvilken en Del ligger i Centrum af den Cirkelbue, som repräsenteterer den krummede Del af Brystets Overflade, og Lungevävets Tykkelse er ganske jävnt aftagende udefra indad. Når man perkuterer i Retningen fra *a* til *e*, lodret på Overfladen og med uforandret Perkussionsstyrke, vil Perkussionslydens Styrke väre jävnt aftagende i samme Retning. Forholdet fjärner sig i hvert Fald langt fra det, der er fremstillet i Bill. 5. Det er en Selvfölge, at Perkussionslyden, når jeg perkuterer i Retningen indefra udad, vil blive jävnt aftagende i Styrke, så at Overgangen fra dämpet til klart bliver ganske sukcessiv. Man spejder her forgäves efter det Dyb, som ISRAEL-ROSENTHAL angiver at plumpe ud på.

I det i Bill. 3 afbildede Tilfälde kunde man ikke forbavses over, at der ikke kunde *udperkuteres* nogen Gränse, al den Stund der ikke *anatomisk* var en sådan at påvise, og på ganske lignende Måde må det forholde sig under de i Bill. 9 afbildede Forhold, der ere i fuld Overensstemmelse med de faktiske Forhold. Hjärtet har egentlig slet ingen Rand, og det, man i daglig Tale forstår ved Hjärteranden, nemlig det mest laterale Punkt af Hjärtet, som så tänkes projiceret frem på Brystets Forflade i *sagittal* Retning, kan vi ikke vänte at finde ved et Perkussionsslag, der falder lodret på Overfladen,



S. Kruckow Lith. Kjøbenhavn

og et sådant vil i Dybden ikke komme til at *tangere* Hjärtet på det Punkt, der efter det nysnävnte i Almindelighed vil nävnes som Repräsentant for Hjärteranden.

Schott siger, at Lydovergangen ved den *virkelige* Gränselinje er skarp. Men jeg må bede Läseren kaste et Blik på Bill. 9 og sige mig, ***hvor*** den *virkelige* Gränselinje er. Jeg tror, det vil våre yderst vanskeligt at blive enige derom. Linjen *c* er närmest Repräsentant for det Perkussionsslag, som, fört vinkelret på Overfladen, rammer Hjärtets Rand; en i samme Retning indstukken Nål vil findes at passe forträffeligt. Men det ses let, at også alle andre Nåle, som stikkes ind i samme Retning på Sträkningen mellem *a* og *e*, ville ramme, om end ikke alle i samme Punkt, så dog i hvert Fald enten lidt indenfor Perikardiet eller »lige i Randen» af Hjärtet, og da nu Perkussionslyden i Retningen fra *a* til *e* danner en jävn Overgang fra klart til dämpet og det er en individuel Sag, hvor man vil sätte Gränsen mellem klart og dämpet, vil den fundne Gränse, når den blot ligger et Sted mellem *a* og *e*, ved Kontrolforsög ved Indstik af Nåle vise sig at passe godt, idet Nålen vil sidde indenfor den Fejlgränse, som har tilfredsstillet de fleste Undersögere, nemlig ikke mere end 1 Cm. udenfor eller indenfor Randen.

Vi have i det hele taget i disse Forhold Forklaringen på det Fänomen, som atter og atter mödte Forf. ved hans Undersögelser, nemlig at flere Nåle, som vare indstukne i samme transverselle Linje i ofte betydelig Afstand fra hinanden, ramte samme Punkt i Dybden eller i hvert Fald Punkter, der lå meget när ved hinanden. Man vil jo i Forsögsreferatet finde talrige Exempler på, at den relative, den interkostale og den afdämpede Hjärtedämpnings Gränser lå i forskellig Afstand fra linea media, og at dog de i Gränselinjerne indstukne Nåle have siddet således, at de »passede», d. e. sad ½ Cm. eller derunder udenfor eller indenfor Randen.

For yderligere at fastslå Rigtigheden af det her omtalte Faktum har jeg gjort fölgende Forsög:

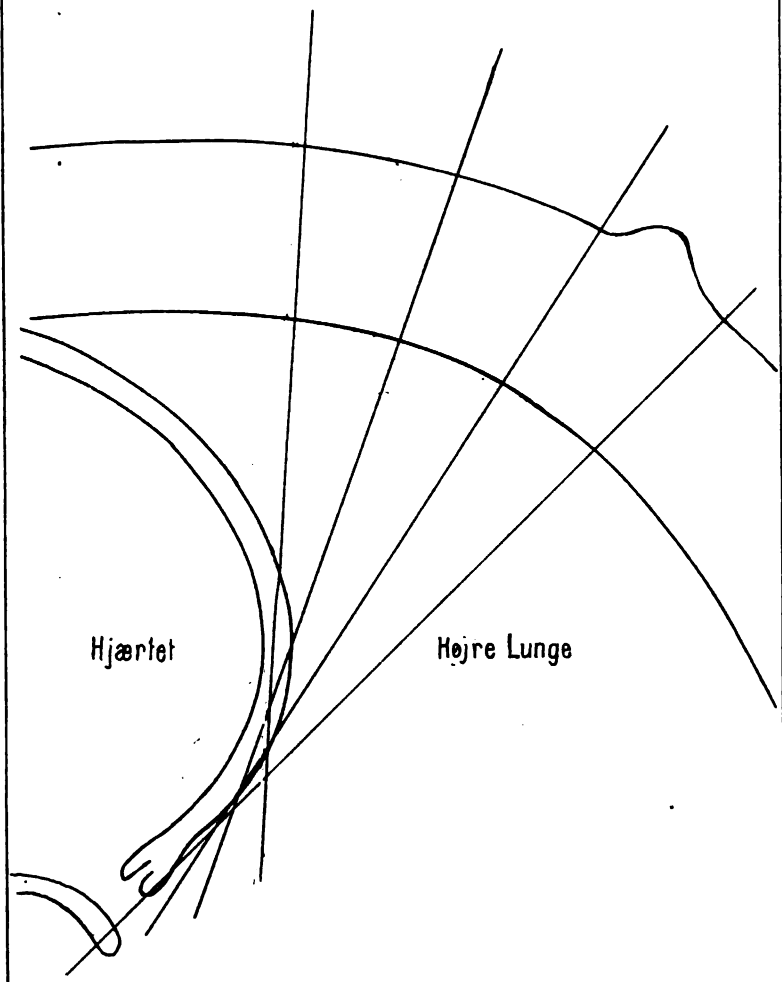
På Liget af en 43-årig Kvinde, död af cancer ventriculi, indstak jeg i Papillärtransversalen, i en Retning lodret på Overfladen, 12 Nåle med forskellig Afstand, varierende mellem 2½ og 10 Cm. fra linea media på höjre og mellem 3 og 16 Cm. fra linea media på venstre Side af sternum. Af disse sad ved venstre Rand den yderste Nål ved Udsiden af Perikardiet; de 3 fölgende perforerede dette uden at

ramme Hjärtet; den femte Nål sad knap 1 Cm. indenfor Randen, og de 2 mest mediale Nåle sad midt i Forfladen af höjre Ventrikel. Ved höjre Rand sad den yderste Nål ½ Cm. udenfor Perikardiet, den näste tangerede Udsiden af Perikardiet, den tredje perforerede Perikardiet, og den fjärde og femte sad henholdsvis 1 og 2 Cm. indenfor Randen.

På et andet Lig indstak jeg Nåle dels i Papillärtransversalen, dels i en transversal Linje i Höjde med Sternalenden af andet Ribben. Af Nålene i Papillärtransversalen sad ved höjre Rand 3 lige i Perikardiet, ved venstre 5 ganske tät ved hinanden i venstre Hjärterand. Af Nålene i den överste Transversal sad til venstre 3 tät ved hinanden i Perikardiets överste Snip; til höjre konvergerede 4 Nåle således, at den ydre sad ½ Cm. udenfor, den indre ½ Cm. indenfor Kargränsen.

På et tredje ganske på samme Måde undersögt Lig konvergerede de indstukne Nåle ligeledes således ved höjre og venstre Hjärterand, at de ramte samme Punkt i Dybden, medens de på Overfladen vare stukne ind med en indbyrdes Afstand på henholdsvis 3 og 6 Cm.

Når man således betänker, at venstre Hjärtegränse anatomisk set ikke er skarp, og at der ofte til ét Punkt i denne Gränseregion svarer flere på Brystets Overflade, samt at de anatomiske Forhold bevirke, at der ved Perkussion i vedkommende Region, hvad enten man bruger almindelig, afdämpet eller interkostal Perkussion, og så länge man lader Perkussionsslaget falde lodret på Overfladen, får en sådan jävn Overgang fra klart til dämpet, at det må blive en ren Smagssag, *hvor* man vil sätte Gränsen, og at denne Gränse i hvert Fald ofte må variere efter Perkussionsslagets Styrke, og man så desuden erindrer, at Perkussionslyden i vedkommende Region varierer af forskellige andre Grunde, idet den er mindre klar der, hvor Ribbenene ere stärkest krummede, end hvor disses Forlöb er mere fladt, at Perkussionslyden får en anden Klang, når man passerer fra den össöse Del af Ribbene op på den bruskede, at Perkussionslyden bliver dämpet, når man i Närheden af forreste Axillärlinje rykker ind på m. pectoralis maj., og at endelig mamma ofte virker meget generende dels ved sin Störrelse, dels ved, at Huden på dette Sted bliver så forskydelig i alle Retninger, at det ofte er meget vanskeligt at markere en funden Dämpningsgränse, så tror jeg, man må indrömme, at en Bestemmelse af venstre Hjärtegränse med anatomisk Nöjagtighed er en Umulighed ved nogen af de omtalte Perkussionsmetoder, og at man ikke engang kan tale om en tilnärmelsesvis nöjagtig Gränsebestemmelse på dette Sted.


Fig: 10
Hjærtet
Højre Lunge

Man vil nu sikkert indvende, at alle de gjorte Räsonnementer referere sig udelukkende til et Tvärsnit af Hjärtegränsen, således som den präsenterer sig i Höjde med Papillärtransversalen.

Forholdet er måske anderledes i de övrige Transversalplaner og ved *höjre Hjärtegränse.*

Den, der nöje studerer de anatomiske Billeder, vil imidlertid se, at ganske lignende Forhold som de skildrede göre sig gäldende også på de övrige Punkter af Hjärteranden og ved Kargränsen. Heller ikke her er Hjärtets Rand skarp, men afrundet; Brystets Overflade er også her stärkt krummet, og det på en sådan Måde, at mange af de Radier, der repräsentere de vinkelret på Overfladen faldende Perkussionsslag, tangere Hjärtegränsen, ligesom også her Lungelagets Tykkelse er ganske jävnt aftagende i Retningen udefra indad (se Bill. 10, Tvärsnit af höjre Hjärterand efter BRAUNE). — Det må dog indrömmes, at Overgangen fra klart til dämpet er noget mere brat ved höjre end ved venstre Hjärtegränse. Men der er i mine Undersögelser talrige Exempler på, at der også ved höjre Gränse fandtes mere end én Dämpningslinje, og hvor lidet man kan kontrollere, hvilken af disse der er den rigtige, fremgår deraf, at det meget hyppigt händte, at to Nåle, som vare indstukne i ret betydelig Afstand fra hinanden, bägge ramte Perikardiet. Det samme gälder överste Del af venstre Hjärtegränse og Kargränsen.

JOSEPH MEYER gör med Hensyn til höjre Gränse opmärksom på, at dens nederste Ende på Grund af den närliggende Levers forstyrrende Indflydelse ofte bestemmes med större Fejl end den överste Del. Jeg har gjort samme Iagttagelse. Medens överste Del af denne Gränse gennemgående var bestemt med 1 Cm:s Nöjagtighed, er nederste Ende undertiden bestemt 2—3 Cm. for langt inde eller, hyppigere, for langt ude.

Dette bör fremhäves, da flere Forff. tillägge den såkaldte *Hjärteleververvinkel,* d. e. Vinklen mellem Hjärtedämpningen og Leverdämpningen, diagnostisk Betydning, idet den under normale Forhold skal väre spids, men under patologiske Forhold (f. Ex. ved pericarditis) bliver ret eller stump. Jeg skal göre opmärksom på, at, medens PETERSSON lader Vinklens nederste Ben dannes af den *absolute* Leverdämpning, lader ISRAEL-ROSENTHAL den *relative* Leverdämpning väre det bestemmende. Bägge lade det överste Ben dannes af den relative Hjärte-

dämpnings höjre Gränse. Det forekommer mig, at ISRAEL-ROSENTHALS Standpunkt er det rette, da det er naturligere at lade Vinklen bestemmes af 2 relative Dämpninger end af én absolut og én relativ.

I övrigt synes den nävnte Vinkels diagnostiske Betydning mig ikke at väre så stor, netop på Grund af Vanskeligheden ved at bestemme nederste Ende af höjre Hjärtegränse. Dette beror netop på, at Sammenstödet mellem Hjärtedämpning og Leverdämpning bevirker, at der her dannes et trekantet Parti, begränset af den nävnte Vinkels Ben, bag hvilket der hverken ligger nogen Del af Leveren eller Hjärtet, men på hvilket Perkussionslyden på Grund af bägge disse Organers Närhed bliver dämpet, et Parti, som opad-udad ikke har nogen skarp Gränse.

Med Hensyn til *den relative Leverdämpnings* Bestemmelse, så har jeg som anfört fundet den afdämpede Perkussion höjst upraktisk til dette Brug. Det lykkedes mig ved mine Undersögelser kun i temmelig få Tilfälde at bestemme denne Dämpning nöjagtig ved afdämpet Perkussion, hvorfor jeg til sidst kun anvendte almindelig Perkussion hertil. Herved fejlede Gränsen i Begyndelsen vel også jävnlig; men senere, da jeg var bleven mere övet, var den relalive Leverdämpning nästen altid aldeles nöjagtig bestemt.

Man vil her måske invende: hvorledes kan den samme Forfatter, som benägter Muligheden af at bestemme Hjärtegränserne med anatomisk Nöjagtighed, påstå det modsatte overfor Bestemmelsen af Leverens överste Gränse?

Der er så meget mere Grund til at fremdrage dette Spörgsmål, som LÜNING netop berörer det, i det han siger: »Hvorfor skulde det, som er muligt ved överste Rand af Leveren, nemlig at begränse den nöjagtig, ikke også väre muligt ved Bestemmelsen af Hjärtegränsen?»

Grunden til, at der er en meget väsentlig Forskel i den nävnte Henseende, er simpelt hen den, at Leveren er däkket af en Brystoverflade, der er nogenlunde plan, så at Forholdet närmer sig meget til det, som er fremstillet i Bill. 4. När jeg perkuterer ovenfra nedad i höjre Papillärlinje, befinder Plessimetret sig stadig i samme Plan, og når jeg passerer Leverens överste Punkt, vil jeg få et temmelig brat Spring i Perkussionskeglens Dybde, ifald jeg blot ikke bruger for svagt Anslag.

Men at Forholdene ved Hjärtegränserne ere ganske anderledes, er formentlig tilsträkkelig godtgjort i det foregående.

At den afdämpede Perkussion er uheldig til Bestemmelse af den relative Leverdämpning, beror sikkert på, at man ved at perkutere ovenfra nedad på Brystets Forflade ikke kan lade Plessimeterfingrene *krydse* Ribbenene, uden at Fingrenes Retning bliver uheldig for en skarp Gränsebestemmelse.

Vende vi os dernäst til *nederste Hjärtegränse*, så kan den jo som bekendt på Grund af venstre Leverlaps Närhed ikke bestemmes ved Perkussion. Dog skal dens ydre Ende undertiden kunne bestemmes, når ikke venstre Leverlap når så langt til venstre som Hjärtespidsen. Det lykkedes mig kun i få af mine Tilfälde at bestemme dette Stykke. I ikke få Tilfälde nåede venstre Leverlap akkurat lige så langt til venstre som Hjärtespidsen, så at venstre Dämpningsgränse nedadtil löb direkte over i Leverdämpningens nederste Gränse. I de Tilfälde, i hvilke Leveren ikke nåede så langt til venstre som Hjärtespidsen, lykkedes det undertiden også perkussorisk at bestemme dette Forhold; men på dette Sted var man af lignende Grunde, som omtaltes ved Bestemmelsen af den relative Leverdämpnings överste Gränse på höjre Side, henvist til at anvende almindelig eller interkostal Perkussion, idet den afdämpede ikke kan appliceres parallelt med Ribbenenes Forlöb. Imidlertid fejlede Gränsebestemmelsen på dette Sted ofte, og Grunden hertil må sikkert til Dels söges i den Omständighed, som også andre Forff. omtale, at Perkussionslyden i vedkommende Region får en tympanitisk Klang. Når der optråder en ny Klang i Närheden af en Dämpningsgränse, er man nemlig tilböjelig til at finde Gränsen netop der, hvor den nye Klang optråder, medens den i Virkeligheden i Regelen bör findes tidligere, i det den tympanitiske Klang vedbliver at ledsage Perkussionslyden et Stykke ind på det dämpede Parti.

Hvad der er sagt her om Bestemmelsen af nederste Gränses ydre Ende, gälder også for en Del Bestemmelsen af selve apex og nederste Ende af venstre Gränse.

Betragte vi dernäst *överste Hjärtegränse*, komme vi samtidig ind på Spörgsmålet om, *hvorledes det forholder sig med Perkussionslyden over de store Kar.*

ISRAEL-ROSENTHAL kunde ikke ved afdämpet Perkussion påvise nogen Dämpning på manubrium, men fandt överste Gränse i Höjde med C.II på samme Sted, hvor PETERSSON

finder Gränsen ved svag Perkussion. Jeg fandt derimod ligesom SCHOTT ved Anvendelse af afdämpet Perkussion altid en tydelig Dämpning på manubrium og den närmest tilgränsende Del af Ribbenene *i Sammenligning med Lyden längere ude på Brystets Forflade;* men nogen *skarp* Gränse fandt jeg lige så lidt her som ved de övrige Hjärtegränser. Desuden fandt jeg ved Perkussion ovenfra nedad på sternum både ved afdämpet og ved svag Perkussion en ret tydelig Dämpningsgränse på Overgangen mellem manubrium og sternum. Medens PETERSSON sätter denne Gränse i Relation til det bagved liggende Hjärte, mener I.-R., at den på corpus sterni tilstedevärende Dämpning beror på, at det tyndere og smallere corpus lettere lader sig afdämpe end det bredere og tykkere manubrium. Dette synes mig også at bekräftes af nogle Forsög, som jeg har gjort på 2 Lig, på hvilke jeg exviscererede thorax gennem diaphragma, hvorefter jeg tillukkede nederste Apertur ved i denne at anbringe Leveren og Lungerne. Herefter fandtes i bägge Tilfälde efter Exviscerationen ganske det samme som för, nemlig en kendelig höjere og mere dämpet Perkussionslyd på corpus end på manubrium. Det må dog bemärkes, at der, når nederste Apertur *ikke* holdtes tillukket, var en meget dyb, stärk tympanitisk Perkussionslyd på hele sternum, og at Lyden endog i det ene Tilfälde syntes lidt höjere på manubrium end på corpus.

Anatomiske Afbildninger, fremstillende Sagittalsnit gennem thorax, vise også, at Forfladen af Hjärtet og de store Kar fjärne sig ganske jävnt fra sternum opadtil, så at der ikke er Grund til at vänte, at der skulde opträde en Dämpning, begyndende netop ved Hjärtets överste Rand.

Jeg skal endnu blot bemärke, at Kargränsen hos små Börn ofte falder fuldständig sammen med Gränsen af thymus.

Et Spörgsmål, som hidtil har måttet vänte på Besvarelse, er fölgende:

Hvorfor fandt jeg i de allerfleste Tilfälde ved afdämpet Perkussion Gränsen längere ude end ved interkostal, og ved denne längere ude end ved almindelig Perkussion?

Forklaringen på dette ved förste Öjekast märkelige Fänomen er i Virkeligheden ganske närliggende.

For at en Perkussionslyd skal kunne kaldes relativt dämpet, må dens Styrke nå et vist minimum, som enhver ved Övelse må

läre, og som jeg for Nemheds Skyld kalder R, da det ikke er let at give det et bestemt Udtryk, og forskellige Undersögere näppe ville sätte det på ganske samme Punkt. På lignende Måde kan vi ved A betegne den Styrke, som en Perkussionslyd skal have for at kaldes absolut dämpet.

Perkuterer jeg nu ved *almindelig*, *middelstärk* Perkussion, f. Ex. ind imod venstre Hjärtegränse, vil Perkussionslyden tabe jävnt i Styrke, og når denne er nået ned til R, har vi Gränsen for den relative Hjärtedämpning, som måske ligger f. Ex. 1½ Cm. indenfor Papillärlinjen.

Men da nu det afdämpende Tryk efter SCHOTT bevirker, at Perkussionslyden overalt bliver mindre intens end uden dette, er det öjensynligt, at jeg ved Anvendelse af den *afdämpede* Perkussion nåer Lydstyrken R tidligere end ved almindelig Perkussion, og Gränsen findes da f. Ex. 1½ Cm. udenfor Papillärlinjen. Det samme gälder naturligvis ved Anvendelsen af *svag Perkussion*.

At Gränsen ved *interkostal Perkussion* ligger längere ude end ved almindelig, skyldes på lignende Måde den Omständighed, at man ved at perkutere i Interkostalrummene undgår Ribbenenes Medsvingninger, der jo foröge Lydstyrken. Styrken R må da nåes längere ude ved interkostal end ved almindelig Perkussion.

Men hvorfor findes Gränsen ved interkostal Perkussion längere inde end ved afdämpet? Sagen er den, at trods de talrige Vanskeligheder, som efter min Mening umuliggöre en nöjagtig perkussorisk Gränsebestemmelse af Hjärtet, så stå de Dämpningsgränser, som findes ved interkostal og afdämpet Perkussion selvfölgelig alligevel i et vist Forhold til Hjärtets virkelige Gränser, om de end ikke svare til disse med anatomisk Nöjagtighed.

Men da Dämpningsfigurerne jo gengive Hjärtet i forstörret Målestok, og da Forstörrelsen må blive desto större, jo längere Perkussionsfladen er fjärnet fra Hjärtet, må Figuren blive större ved afdämpet end ved interkostal Perkussion. Ved den förste lägger man jo Plessimeterfingrene hen over Ribbenene og *fjärner* sig derved så meget som muligt fra Hjärtet; ved den sidste trykker man derimod Fingrene ind imellem Ribbenene og *närmer* sig dermed mere Hjärtet. Dette Forhold spiller sikkert en Rolle, men kan dog näppe helt forklare den ret betydelige Afstand, der i mange af mine Tilfälde fandtes mellem Gränsen

af den afdämpede og den interkostale Hjärtedämpning. I nogle Tilfälde må Grunden hertil vist söges i, at jeg ved den interkostale Perkussion har perkuteret mere sagittalt, end det er muligt ved afdämpet, hvorom senere.

Til Illustration af det udviklede har jeg på Tavle C, Bill. 2 meddelt et Exempel, der viser, hvilken Forskel der er på Hjärtets virkelige Form og Störrelse (som er aftegnet i $\frac{1}{2}$ naturlig Störrelse efter nöjagtige Mål på Organet i situs) og den Form og Störrelse, som den afdämpede Hjärtedämpning har, skönt de i Dämpningsgränsen indstukne 11 Nåle alle sad lige i Perikardiet eller tangerede dettes Udside. Som det ses, gör Forstörrelsen sig ikke, som ISRAEL-ROSENTHAL mener, kun gäldende for den nederste Del af Hjärtets Vedkommende, men også de övrige Hjärtegränser projiceres frem i forstörret Målestok, ja selv de store Kar afspejles i forstörret Skikkelse, skönt de ligge bag den mindst krummede Del af Brystväggen. Det ses end videre, hvorledes Dämpningsfiguren gengiver Hjärtet i en *forvreden* Form.

Der er derimod én Ting, som spiller en betydelig Rolle, men som ikke kan läses direkte ud af Figuren.

Da der svarende til Hjärtets virkelige Gränser ikke på Brystets Forflade findes nogen fuldständig skarp Dämpnings*linje*, men en Dämpnings*zone*, omtrent som om man vilde tegne Dämpningsgränserne med en flere Cm. bred Pensel, en Zone, indenfor hvilken der ligger en Mängde Punkter, der alle omtrent med lige Ret kunne siges at repräsentere et tilsvarende Punkt af Hjärteranden, indses det let, at man indenfor dette Spillerum kan udperkutere Dämpningsfigurer med forskellig Form og Störrelse, så at det subjektive, som altid er knyttet til en sådan Bestemmelse, selv hos den mest ädruelige, skeptiske og samvittighedsfulde Undersöger let kan komme til at spille for stor en Rolle ved Bestemmelsen af Dämpningsgränsen. —

Hvorledes have alligevel så mange ansete og dygtige Forff. kunnet påstå, at de med stor Nöjagtighed kunde udperkutere hele Hjärtet, idet de angav at finde ganske skarpe Gränser og konstaterede Rigtigheden af disse på Lig?

For det förste må jeg hertil fremhåve, at JOSEPH MEYER er kommen til ganske samme Resultat som jeg, idet han siger: »Hjärtets Leje bag et jävnt sig fortyndende Lungelag og en snart mere, snart mindre kredsformig Brystväg er overhovedet ikke gunstigt for Grånsebestemmelsen af hint Organ. Man vil ikke själdent vakle mellem to ringere Lydforskelligheder på Brystväggen, som enten svare til to tåt ved hinanden liggende Punkter af Hjärteranden eller endog til et og samme, og således få en for stor Dämpningsfigur.» — »Herefter må det våre sikkert, at man aldrig kan våre vis på at have bestemt Hjärtets Bredde nöjagtigt.»

Når desuagtet så godt som alle senere Forff., der have forsögt at udperkutere Hjärtet i hele dets Störrelse, mene, at dette lader sig göre med stor Nöjagtighed, så må det forklares deraf, at de ikke have holdt sig de anatomiske Forhold ret for Öje og specielt ikke lagt Märke til, at disse bevirke, at Nåle, der stikkes ind indenfor et vist Spillerum i Närheden af Hjärtegränsen, komme til at sidde i denne med en Nöjagtighed, som har tilfredsstillet de fleste Undersögere, nemlig indenfor en Fejlgränse af 2 Cm., så at den Kontrolmetode, der består i at iagttage indstukne Nåles Säde i Forhold til Hjärteranden, kun giver Oplysning om de allergroveste Fejltagelser.

Når end videre så mange Forfattere, skönt Overgangen fra klart til dämpet er ganske sukcessiv, angive at finde *skarpe* Dämpningsgränser, tror jeg, at det må bero på et Selvbedrag.

ISRAEL-ROSENTHAL siger, at Springet fra klart til dämpet ikke altid er lige markeret, men at Gränsen dog i Regelen er skarp nok, »når blot man perkuterer let og elastisk». — Jeg må tilstå, at jeg ikke forstår denne Forklaring. Hvad vil det egentlig sige at perkutere »let og elastisk»? Og hvorledes kan dette bevirke en skarp Dämpningsgränse?

At man trods den sukcessive Lydovergang overhovedet finder en Dämpningsgränse, beror efter min Mening på den tidligere omtalte Omständighed, at enhver ved Övelse lärer, hvilken Styrke en Perkussionslyd skal have for at kaldes klar eller dämpet. Man vil derfor selv ved en gradvis Aftagen af Lydstyrken finde en temmelig bestemt Gränse der, hvor Styrken näer det tidligere omtalte minimum R. At opgive en bestemt Värdi for denne Störrelse er ikke let; men jeg tror, at den omtrent vil svare til en Perkussionskegle på 2 Cm:s

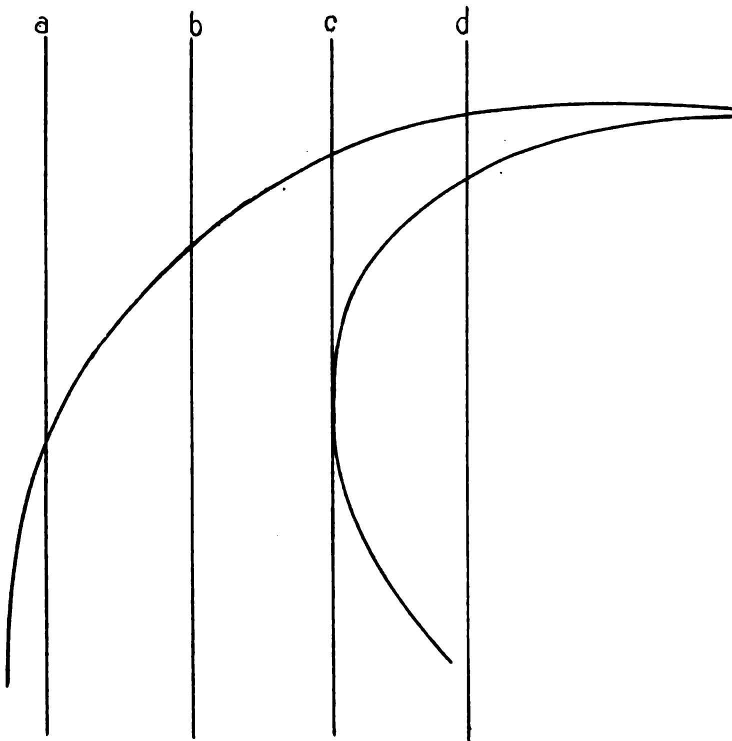
Dybde. Denne Störrelse må naturligvis ikke tages altfor bogstavelig; men at den ikke er helt greben ud af Luften, vil formentlig fremgå af fölgende.

Venstre Gränse af den relative Hjärtedämpning angives jo af de fleste normalt at ligge ved venstre Papillärlinje, eller snarest lidt indenfor. Et Tvärsnit af venstre Hjärtegränse i Papillärtransversalen (se Bill. 9) viser nu, at Lungelaget i Papillärlinjen har en Tykkelse af 2 Cm. — Teoretisk set, vilde man vänte at finde Gränsen omtrent ved Linje *c*, der jo er et Udtryk for det Perkussionsslag, der falder vinkelret på Overfladen og i Dybden tangerer Hjärteranden. Men *c* ligger jo nästen helt ude ved forreste Axillärlinje, hvor ingen vil finde på normalt at sätte venstre Dämpningsgränse. Ved opmärksom Iagttagelse vil man imidlertid, når man hos normale Individer perkuterer ind imod venstre Hjärtegränse, finde, at Perkussionslyden netop begynder at aftage i Styrke omtrent ved forreste Axillärlinje, men först ved Papillen eller lidt indenfor nåer Styrken R, som altså omtrent svarer til en Perkussionskegle på 2 Cm. — At Lydstyrken allerede ved forreste Axillärlinje, hvor Lungevävets Tykkelse er 5 Cm., begynder at formindskes, synes at tyde på, at Perkussionskeglens Spids her begynder at nå Bunden, d. e. det lufttomme Organ, og at at bekräfte Rigtigheden af Friedreichs Påstand, at Perkussionssvingningerne ved almindelig Perkussion tränge 5 Cm. i Dybden. —

En Omständighed, som dog under visse Betingelser muligvis kan bevirke en skarpere Dämpningsgränse, er den, at man måske ikke altid passer at lade Perkussionsslaget falde ganske vinkelret på Perkussionsfladen, men mere i en Retning parallelt med Sagittalplanet. Ville vi ikke ved at perkutere som antydet i Bill. 11 finde en ganske skarp Dämpningsgränse ved *c*? Näppe.

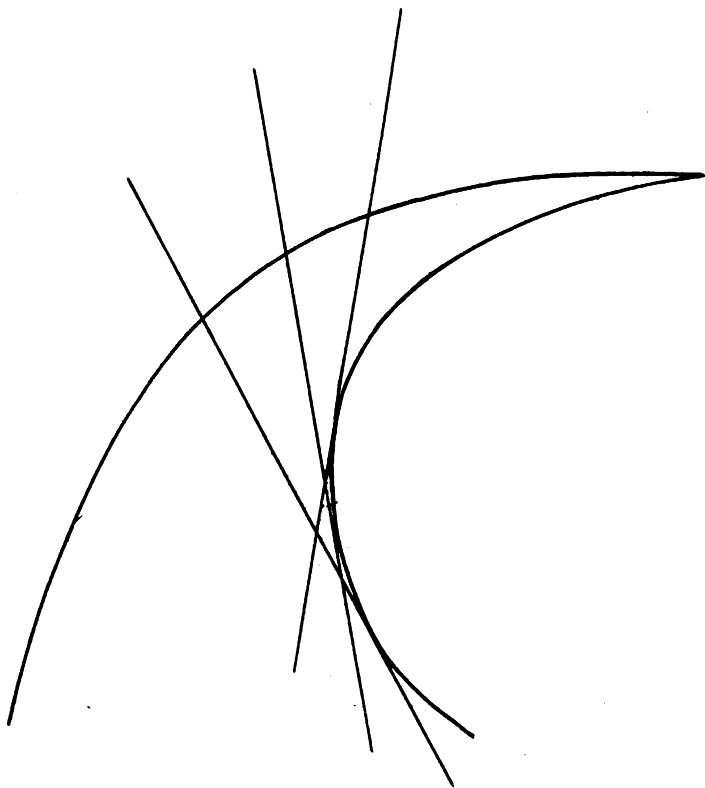
For det förste vil det väre vanskeligt på den krummede Del af Brystets Forflade at passe, at Perkussionsslaget falder nöjagtig i sagittal Retning, hvorefter Dämpningsgränsen kan variere, alt eftersom man närmer sig mere eller mindre til denne Retning, således som det er antydet i Bill. 12. — Dernäst er det vist et stort Spörgsmål, om de Perkussionssvingninger, der fremkaldes af et sagittalt faldende Perkussionsslag, forplantes videre i Dybden i sagittal Retning. Efter almindelige fysiske Love må man antage, at de snarest ville forplantes

Fig: 11



S Krachow Lith Kjøbenhavn

Fig: 12



i en Retning vinkelret på det perkuterede Sted, altså i radiär Retning.

Endelig er en sagittal Perkussionsretning uanvendelig udenfor Papillärlinjen, hvor man jo vil komme til at perkutere tangentielt på Brystets Overflade.

Når jeg tidligere har betragtet det som selvfölgeligt, at Perkussionsslaget skal falde vinkelret på Overfladen og ikke sagittalt, er det, dels fordi de fleste Forfattere vist gå ud fra samme Forudsätning (de fleste omtale slet ikke Perkussionsslagets Retning; SCHOTT og HUGHES omtale det kun rent forbigående), dels fordi en sagittal Perkussionsretning er udelukket ved den afdämpede Perkussion. Når man lägger 3 Fingre på Brystets Overflade og perkuterer på Dorsalsiden af den mellemste, må Slagets Retning nödvendigvis blive vinkelret på vedkommende Sted og Perkussionssvingningerne forplantes i radiär Retning.

Man vil måske indvende, at dette kun gälder nederste Del af venstre Hjärtegränse. Over överste Del og over höjre Hjärterand er Brystets Overflade jo så plan, at den radiäre Retning her falder sammen med den sagittale. Dette må dog benägtes. En nöjagtig Undersögelse vil vise, at Brystväggen end ikke i Närheden af sternum som Regel kan betragtes som plan. Specielt hvälve Sternalenderne af Ribbenene sig ofte frem i en sagittalt löbende Vold på hver Side af sternum, et Forhold, der ej blot ses hos Emfysematikere, men også ofte hos Ftisikere, hvis såkaldte »affladede» Brystform ikke altid har så plan en Forflade, som man ofte er tilböjelig til at tro.

Endelig kan det bemärkes, at den Fladhed, som kan findes af Brystets Forflade, i Regelen kun er tilsyneladende, i det Blöddelene (navnlig muscul. pectoralis) maskere Skeletdelenes Krumning, og det er denne sidste, man må tage Hensyn til, da Blöddelene jo presses ind mod Underlaget af Fingeren under Perkussionen.

Jeg tror nu til fulde at have vist, at den afdämpede Perkussion ikke er i Stand til at overvinde de Vanskeligheder, som stille sig i Vejen for en nöjagtig Bestemmelse af Hjärtets Störrelse, og at den ved den fundne Dämpningsfigur giver et forstörret, forvränget og ikke skarpt begränset Billede af Hjärtet,

omtrent som dette vil ses i et uregelmässig astigmatisk Spejl, og som det er fremstillet på Tavle C, Bill. 1, hvor den forskellige Dämpningsintensitet i Präkordiet er illustreret ved forskellig Skravering.

Trods dette var det jo dog muligt, at den alligevel kunde finde Anvendelse til klinisk Brug, og vi komme da til det sidste af de opstillede Spörgsmål:

4) *Ere de ved afdämpet Perkussion fundne Dämpningsfigurer sådanne, at man af dem kan slutte andet og mere om Hjärtets Tilstand end af den ved almindelig Perkussion fundne relative Hjärtedämpning?*

Med Hensyn til den *absolute* Hjärtedämpning benytter jeg på dette Sted Lejligheden til at bemärke, at det, — bortset fra de betydelige Grader af Hjärteforstörrelse, ved hvilke Lungerandene utvivlsomt tränges tilbage af det forstörrede Hjärte, — ikke i de af mig undersögte Tilfälde er lykkedes mig at påvise noget passende Forhold mellem Hjärtets Störrelse på den ene Side og Störrelsen af det af Lunge ubedäkkede Parti af Hjärtet, og at venstre Gränse af den fundne absolute Hjärtedämpning kun svarede yderst slet til Forlöbet af venstre Lungerand. Overfor det Faktum, at talrige Forfattere ved Bedömmelsen af Hjärtets Störrelse udelukkende holde sig til den absolute Hjärtedämpning og virkelig også opnå gode Resultater, kan jeg ikke värge mig mod den Tro, at *den* absolute Hjärtedämpning, som disse Forff. bruge, i Virkeligheden ikke er en absolut Dämpning, d. e. ikke svarer nöjagtig til det af Lunge ubedäkkede Parti af Hjärtet, men derimod er en *mindre* relativ Dämpning, d. e. en sådan, hvis Dämpningsintensitet ligger et Sted mellem A og R, idet de, for at en Lyd skal väre absolut dämpet, ikke fordre, at dens Styrke skal väre fuldständig lig Nul. Under denne Forudsätning kunde man også kalde den af mig bestemte relative Hjärtedämpning for den absolute. Da det ved Begrebet absolut dämpet imidlertid ikke er almindeligt at forstå »utvivlsomt» dämpet, men alle Forff. ere enige i, at der kun er absolut dämpet dér, hvor et lufttomt Organ ligger *direkte* op til Brystväggen, og hvor Lydstyrken er lig Nul, har jeg hellere villet beholde Betegnelsen relativ Hjärtedämpning, så meget mere som jeg i så Henseende er i Overensstemmelse med WEIL, GUTTMANN o. fl.

Lad os da nu se, hvilke Oplysninger den *ved almindelig Perkussion fundne relative Dämpning* i de af mig undersögte Tilfälde har givet om Hjärtets Tilstand.

I de 13 Tilfälde, i hvilke *Hjärtet var normalt* eller i hvert Fald så lidet forandret, at det måtte regnes for normalt, gränsede den relative Hjärtedämpning *hos 7 voxne* (Nr 6, 18, 30, 33, 35, 49 og 57) opad til tredje Ribben, indad til venstre Sternalrand og udad til ½—1 Fingersbred indenfor venstre Papillärlinje (se Tavle A, Bill. 1). Hos 6 Börn (Nr 12, 22, 24, 31, 39 og 56) gränsede den opad til andet Ribben eller andet Interkostalrum, indad omtrent til Midten af sternum, og udad til Papillärlinjen eller endogså lidt udenfor. I et Tilfälde (Nr 39) nåede höjre Gränse til höjre Sternalrand.

I 20 Tilfälde (Nr 4, 7, 15, 20, 21, 29, 40, 41, 43, 44, 47, 55, 58, 59, 60, 62, 63, 69, 70 og 74) var udelukkende eller overvejende *höjre Hjärte* forstörret og i Overensstemmelse hermed höjre Dämpningsgränse rykket til höjre (se Tavle A, Bill. 2).

I 3 Tilfälde (23, 32 og 38) var overvejende *venstre Hjärte* forstörret og venstre Gränse i Nr 32 og 38 rykket udenfor venstre Papillärlinje (se Tavle A, Bill. 4). I Nr 23 lå venstre Gränse omtrent på det normale Sted af Grunde, som jeg strax skal anföre.

I 6 Tilfälde (Nr 19, 27, 48, 51, 65 og 77) var Hjärtet *disloceret* og den relative Hjärtedämpning forandret i Overensstemmelse hermed (se Tavle A, Bill. 6).

I det eneste Tilfälde af *Ansamling i Perikardiet*, som jeg havde Lejlighed til at undersöge (Nr 62), var det flydende Exsudat meget ringe og afkapslet i det fibrinöse Exsudats Maskerum, så at Dämpningen ikke fremböd den karakteristiske trekantede Form, men blot tydede på Forstörrelse af Hjärtet.

I de resterende Tilfälde var *Hjärtet forstörret i sin Helhed* og Hjärtedämpningens Gränser på lignende Måde rykkede udad i alle Retninger (se Tavle A, Bill. 5).

I det hele og store forholdt den relative Hjärtedämpning sig altså som skildret i Indledningen til närvärende Afhandling.

I ikke få Tilfälde er der dog en tilsyneladende Uoverensstemmelse mellem Hjärtets Tilstand og Dämpningsfigurens Form og Störrelse. Jeg skal närmere omtale disse Tilfälde.

I Nr 4 var Hjärtet forstörret i bägge Halvdele, navnlig höjre. Den relative Hjärtedämpning peger kun i Retning af en ringe Forstörrelse af venstre Hjärte, men ikke af höjre. Denne Fejl må sikkert tilskrives Undersögerens Mangel på Övelse. I samme Tilfälde pegede den afdämpede Hjärtedämpning i Retning af en Forstörrelse af höjre Hjärte, om end ikke med absolut Sikkerhed.

I Nr 11 og 13 fandtes Hjärtedämpningen af normal Störrelse, medens Sektionen viste et Hjärte, der navnlig i venstre Halvdel var temmelig hypertrofisk. Den afdämpede Hjärtedämpning pegede i Nr 11 i Retning af Forstörrelse af venstre Hjärte, derimod ikke i Nr 13.

I Nr 21 pegede hverken den relative eller den afdämpede Hjärtedämpning på den ved Sektionen påviste Forstörrelse af höjre Hjärte.

Disse Tilfälde ere egentlig de eneste, i hvilke den relative Hjärtedämpning har givet utilfredsstillende Oplysning om Hjärtets Tilstand. I de övrige Tilfälde, i hvilke den fundne Hjärtedämpning ikke synes at stå i passende Forhold til Hjärtets Störrelse, fandtes der *Lungeemfysem*, og det er bekendt, at en Hjärtedämpning af normal Udsträkning hos et Individ med Lungeemfysem må betragtes som patologisk.

Endnu tränge de i Tilfälde 16, 25, 29, 40, 43, 45, 47, 50, 58, 59, 60, 62, 63 og 69 fundne Dämpningsfigurer til Forklaring. Her näede den relative Hjärtedämpning trods en tilstedeværende Forstörrelse af höjre Hjärte kun lidet eller slet ikke ind på sternum. Derimod stod överste Gränse i disse Tilfälde temmelig höjt, nemlig ved andet Ribben, oftest ved dettes överste Rand, i Nr 69 endog i förste Interkostalrum, så at Dämpningsfiguren fik en ejendommelig spids Form. Vi have her Exempler på, hvad FORGET har fremhävet, nemlig at en Forstörrelse af höjre Hjärte snarere forstörrer Hjärtedämpningen i Retning opad end mod höjre (se Tavle A, Bill. 3).

Endelig skal jeg bemärke, at i de Tilfälde, i hvilke Hjärtedämpningen *overskred höjre Sternalrand* (Nr 3, 5, 7, 17, 20, 41, 44, 46, 53, 54 og 61), skyldtes dette i de allerfleste Tilfälde en universel Forstörrelse af Hjärtet. Kun i Nr 7, 20 og 41 skyldtes Dämpningen vistnok särlig en stärk Dilatation af höjre atrium.

Når man altså undtager de 4 nävnte uheldige Tilfälde, i hvilke den relative Hjärtedämpning ikke stod i Forhold til Hjärtets Störrelse, og man forudsätter, at Hjärtedämpningen ved Lungeemfysem må bedömmes i Forhold til dette, samt at en Forstörrelse af höjre Hjärte i mange Tilfälde mindre bevirker en Forögelse af Hjärtedämpningen til höjre end opad, tror jeg, at man må indrömme, at vi i de nävnte Tilfälde ved Hjälp af den relative Hjärtedämpning have fået et vigtigt Fingerpeg om Hjärtets Tilstand, specielt fået oplyst, om det var forstörret i sin Helhed eller i den ene eller den anden Halvdel, samt om det var disloceret.

Lad os nu se, *hvor vidt den ved afdämpet Perkussion fundne Dämpningsfigur er i Stand til at give os bedre Oplysning om Hjärtets Tilstand i alle de nävnte Tilfälde*, idet vi anse det for tilsträkkelig godtgjort, at den afdämpede Hjärtedämpning ikke er kongruent med selve Hjärtet.

Jeg skal her for Fuldständigheds Skyld omtale de af Rauchfuss angivne og af Israel-Rosenthal anbefalede *Bredde-* og *Längdemål.*

Breddemålet går fra Levervinklens Toppunkt opad til venstre gennem Sternalranden af tredje venstre Ribben ud til venstre Dämpningsgränse, og skal svare til Hjärtets Horisontalfure.

Israel-Rosenthal finder, at det stemmer nöjagtig med det tilsvarende anatomiske Mål, et Resultat, han dog kun kommer til ved at sammenligne sit Gennemsnitstal for dette Mål (10 Cm.) med et af Vierordt angivet Gennemsnitstal for Hjärtets anatomiske Bredde, og ikke ved i de enkelte Forsög at sammenligne de to Störrelser. Dette er, som anfört, gjort af Joseph Meyer, der fandt en Differens på 1—4,5 Cm. mellem de to Faktorer.

Jeg har kun taget Breddemålet i 10 Tilfälde, i hvilke det var lykkedes mig at bestemme dets to Endepunkter med ½ Cm:s Nöjagtighed eller mindre. Det perkussoriske Mål i disse Tilfälde var 1—7½ Cm. större end det anatomiske.

Rauchfuss's Längdemål gå fra Midten af höjre Hjärtegränse til apex og skal svare til Hjärtets Längdefure. Israel-Rosenthal fandt her det perkussoriske Mål indtil flere Cm. större end det anatomiske, Meyer en Differens på 0,2—3,4 Cm.

Jeg har ikke selv taget dette Mål, väsentlig fordi apex var temmelig dårlig markeret, og fordi mange af Punkterne i höjre Gränselinje lå omtrent lige langt fra Midtlinjen. —

Men lad os nu se, om den afdämpede Hjärtedämpnings *Tvärmål*, således som det er målt i Papillärtransversalen, og som delt ved Midtlinjen i to Stykker angiver höjre og venstre Gränses Afstand fra denne, bedre end den almindelige relative Hjärtedämpning giver os Oplysning om, hvor vidt höjre eller venstre Hjärte eller bägge Dele ere forstörrede.

Störrelsen af disse Mål, således som de angives *for normale Individer* af SCHOTT, PETERSSON og ISRAEL-ROSENTHAL, findes i hosstående Tabel.

		ISRAEL-ROSENTHAL.	SCHOTT.	PETERSSON.
Höjre Dämpningsgränses Afstand fra Midtlinjen.	Döde.	3,50 Cm. (1½—4,5 Cm.)		3,75 Cm. (i tredje Interkostalrum)
	Levende.	3,1 Cm. (2½—4½ Cm.)	5—5,5 Cm.	Mänd 5,41 Kvinder 4,69
Venstre Dämpningsgränses Afstand fra Midtlinjen.	Döde.			9,8 Cm.
	Levende.	9—10 Cm. (8—11 Cm.)	8—9,5 Cm.	Mänd 10,07 Kvinder 9,81 (i fjärde Interkostalrum)
Hjärtedämpningens Bredde i Höjde med fjärde Ribben.	Döde.	12,6 Cm. Spinkle 10½—12 Kraftige 13—14,5		12,86 Cm.
	Levende.	11,5 Cm. (9,5—14,5 Cm.)	13—15 Cm.	Mänd 14,12 Kvinder 13,09

Som det ses, varierer Tallenes Störrelse ikke blot hos de forskellige Forff. ret betydeligt, men svinge også hos samme Forf. mellem ret forskellige Ydertal. Hos 9 voxne Lig med normalt Hjärte fandt jeg fölgende Störrelser:

Tilfäldets Nummer.	Höjre Gränses Afstand fra lin. med.	Venstre Gränses Afstand fra lin. med.	Hele Dämpningens Bredde.
1	4 Cm.	11 Cm.	15 Cm.
2	4 »	10½ »	14½ »
6	5 »	10 »	15 »
18	(7 »)	10½ »	(17½ »)
30	5 »	9 «	14 »
33	4½ »	8½ »	13 »
35	5 »	11 »	16 »
49	(4¾ »)	(8¼ »)	(13 »)
57	6 »	12½ »	18½ »

Jeg gör opmärksom på, at de 3 Mål hos mig alle ere tagne i Höjde med fjärde Ribben, medens andre Forff. måle höjre Gränses Afstand fra lin. med. i tredje Interkostalrum, venstre Gränses Afstand i fjärde Interkostalrum og hele Dämpningsbredden i Höjde med fjärde Ribben, noget, der dog ikke kan forhindre en Sammenligning mellem de respektive Mål.

Se vi bort fra de i Parentes anförte Mål, som skyldes fejlagtig bestemte Gränser, samt fra Tilfälde Nr 57, hvis store Mål sikkert skyldes den Omständighed, at der på Liget var rigelig panniculus adiposus, der fjärner Perkussionsfladen mere end sädvanlig fra Hjärtet og derved bevirker en större Hjärtedämpning, vil man se, at mine Mål for venstre Gränses Afstand fra linea media falde sammen med ISRAEL-ROSENTHALS, medens Målet for höjre Gränses Afstand fra linea media og hele Dämpningsbredden närmest svare til SCHOTTS Värdier for de samme Mål. Som Middeltal, der ere lette at erindre, men kun göre Fordring på at väre rent omtrentlige, kan man måske angive fölgende:

höjre Gränses Afstand fra lin. med. = *4 Cm.*,
venstre » » » » = *10 »* ,
hele Dämpningsbredden . . . . = *14 »* ,

Störrelser, der heller ikke afvige synderligt fra de af PETERSSON opgivne Mål.

Når vi nu skulle undersöge de patologiske Tilfälde for at se, hvilke Oplysninger disse den afdämpede Hjärtedämpnings Mål have givet om Hjärtets Tilstand, er det en Selvfölge, at vi kun tage Hensyn til de Tilfälde, i hvilke det var lykkedes at bestemme Dämpningsgränsen nogenlunde nöjagtig, d. e. med ½ Cm:s Fejl eller mindre.

Vende vi os först til de Tilfälde, i hvilke det udelukkende eller overvejende var *höjre Hjärte*, der var forstörret, få vi at göre med 14 Tilfälde.

I Nr 41, 58, 59, 60, 62, 63 og 70 var höjre Gränses Afstand fra Midtlinjen over 6 Cm., varierende mellem 6½ og 9 Cm., hvilket vist utvivlsomt må tyde på en Forstörrelse af höjre Hjärte.

I Nr 4, 44 og 55 var Afstanden 6 Cm., og da det drejer sig om små, magre Individer, må dette Mål vel også regnes for tydende på Forstörrelse af höjre Hjärte.

I Nr 15 var Afstanden ligledes 6 Cm.; men da det her drejer sig om en stor, kraftig bygget Mand, er Målet ikke absolut overbevisende. Hos Nr 57, der var en *Kvinde* med *normalt* Hjärte, var samme Afstand jo också 6 Cm. Dog vil en Sammenligning med venstre Gränses Afstand fra Midtlinjen, der i Nr 15 og 57 var henholdsvis 10 og 12½ Cm., tale for forstörret höjre Hjärte i förste Tilfälde.

Noget lignende gälder Nr 43, hvor höjre Gränse lå 5½ Cm. fra Midtlinjen. Dog er Målet her mindre overbevisende, da det drejer sig om en kraftig bygget Mand med stärkt forstörret höjre Hjärte. Målet 5½ Cm. falder jo endog sammen med SCHOTTS Middeltal.

Nr 7 viste en meget stärk Dilatation af höjre atrium, og dog lå höjre Dämpningsgränse kun 4½ Cm. fra Midtlinjen. Da Kontrolnålene passede nöjagtig, og da det ikke drejer sig om noget särlig lille eller spinkelt Individ, kan det ikke siges, at den afdämpede Perkussion her har givet os nogen värdifuld Oplysning i Retning af en Forstörrelse af höjre Hjärte, end sige noget Fingerpeg i Retning af den betydelige Dilatation af höjre atrium, noget, som jo netop skulde väre Fordelen ved Anvendelsen af den afdämpede Perkussion. I dette Tilfälde nåede derimod den almindelige relative Hjärtedämpning udenfor höjre Sternalrand, noget, der må tydes som en särlig stärk Forstörrelse af höjre Hjärte og vist nok netop af höjre atrium.

I Nr 29 endelig drejede det sig vel om en temmelig spinkel Mand; men da der var en ret betydelig Hypertrofi og Dilatation af höjre Hjärte, kan en Störrelse på 3 Cm. for höjre Grånses Afstand fra lin. med. ikke siges at våre nogen god Hjälp til Diagnosen af Hjärtets Tilstand. Den relative Hjärtedämpning viste derimod i dette Tilfålde en särlig stärk Forögelse opadtil og synes altså også her at have ydet bedre diagnostisk Nytte end den afdämpede.

Jeg må endnu tilföje, at i de övrige af mine Tilfälde, i hvilke der fandtes en särlig stärk Dilatation af höjre atrium, nemlig Nr 17, 20, 41 og 50, nåede höjre Grånse henholdsvis 7, 5½, 6½ og 8¼ Cm. til höjre for Midtlinjen; men når undtages Nr 50, så nåede den almindelige relative Hjärtedämpning også i disse Tilfålde til höjre for höjre Sternalrand. Heller ikke her synes altså den afdämpede Perkussion at give bedre Oplysning om Hjärtets Tilstand end den almindelige.

Det synes således med Hensyn til höjre Dämpningsgrånses Afstand fra Midtlinjen at kunne fastslås, at *en Störrelse af dette Mål på 6 Cm. eller mere må tyde stärkt på Forstörrelse af höjre Hjärte, i hvert Fald når det sammenlignes med venstre Gränses Afstand fra Midtlinjen, men at der på den anden Side kan väre en betydelig Forstörrelse af höjre Hjärte, specielt höjre atrium, uden at det nävnte Mål overstiger det tidligere anförte Middeltal, 4 Cm.*

Det samme må gälde overfor de af ISRAEL-ROSENTHAL angivne mere omtrentlige Mål, når han siger, at Hjärtedämpningen nåer 1—2 Fingersbredder til höjre for höjre Sternalrand henholdsvis hos spinkle og kraftige Individer, og at en Overskridelse heraf vist nok må betragtes som suspekt for Dilatation af Hjärtet til höjre.

Se vi dernäst på de Tilfälde, i hvilke *venstre Hjärte* var forstörret, så forholde de sig på fölgende Måde.

Nr 23 viser et Tilfälde af nästen ren venstresidig Hypertrofi. Trods dette er Målet for venstre Gränses Afstand fra Midtlinjen kun 10½ Cm., en Störrelse, der så meget mindre tyder i Retning af en Forstörrelse af venstre Hjärte, som höjre Gränse i samme Tilfälde lå 5½ Cm. fra Midtlinjen, skönt der ikke var nogen Forstörrelse af höjre Hjärte.

I Nr 32 derimod, der ligeledes viste en nästen ren venstresidig Hypertrofi, lå venstre Gränse 9½ Cm. fra Midtlinjen,

hvilket i Betragtning af Ligets Alder (14 År) og spinkle Bygning må tyde på en patologisk Tilstand af venstre Hjärte.

I bägge disse Tilfälde pegede den relative Hjärtedämpning tydelig på Forstörrelse af venstre Hjärte, navnlig i sidste, i förste kun, når Hensyn tages til Tilstedevärelsen af Lungeemfysem.

I Nr 38 var der vel en stärk Hypertrofi af venstre Hjärte; men der var her i det hele en så kolossal Forstörrelse af Hjärtet, der vejede 650 Gm, at man nästen fik lige så stor Hjärtedämpning ved almindelig Perkussion som ved interkostal og afdämpet, så at også den relative Hjärtedämpning nåede til höjre for höjre Sternalrand. Tilfäldet hörer derfor egentlig ikke herhen. I Forhold til den enorme Forstörrelse af Hjärtet var venstre Gränse i övrigt påfaldende lidet fjärnet fra Midtlinjen (15½ Cm.). Dog var Afstanden 1 Cm. större et Interkostalrum längere nede.

I intet af de 3 Tilfälde har altså den afdämpede Perkussion ydet os mere end den almindelige, i Nr 23 endog mindre, og, som det vil ses, gälder her noget lignende som for de Tilfälde, i hvilke *höjre* Hjärte var forstörret, nemlig at der *kan väre en temmelig betydelig Forstörrelse af venstre Hjärte, uden at venstre Dämpningsgränse rykker synderlig langt ud.*

Vende vi os endelig til de Tilfälde, i hvilke *Hjärtet var forstörret i sin Helhed,* så var den afdämpede Hjärtedämpnings Mål i disse fölgende:

Tilfäldets Nummer.	Höjre Gränses Afstand fra Midtlinjen.	Venstre Gränses Afstand fra Midtlinjen.	Hele Dämpningsbredden.	Brystbredde.
5	5½	10	15½	—
8	4½	11½	16	—
9	4½	10½	15	—
10	5	11	16	—
14	7½	12	19½	—
16	5	11	16	25½
17	7	11	18	23
25	5½	12½	18	—
26	5½	10½	16	—
28	5½	12½	18	29
34	5½	11	16½	26
36	6½	11½	18	28½
37	6	13½	19½	29
46	7½	9½	17	24
50	8¼	11¼	19½	27
52	5,8	11,7	17⅓	26
53	7½	13	20½	28
61	9	11	20	25½
64	8	12½	20½	31
66	7	13	20	28
67	6½	14½	21	27½
68	8	12	20	24
71	5½	12½	18	25½
72	6	12	18	25
73	7½	13½	21	26½
75	10	14	24	22
78	6	10	16	24

Dämpningsbredden er i alle disse Tilfälde större end det normale Middeltal (14 Cm.) og tyder således i den rigtige Retning. Vi må dog erindre, at 14 kun er et Gemmensnitstal, og vi have jo set, hvorledes Nr 57 viste en Hjärtedämpning på 18 Cm. hos et normalt Individ.

Da der hos alle de Individer, hvis Hjärtedämpning er *over 18 Cm.* bred, ikke findes noget särlig kraftigt eller fedt Individ, kunne vi vel hos dem rolig opfatte Dämpningens Störrelse som patologisk. Det samme gälder 3 af de 6 Tilfälde, i hvilke

Dämpningsbredden var *18 Cm.*, da vi i dem have med små, spinkle Individer at göre. I de 3 andre Tilfälde (Nr 25, 28 og 36) have vi med svåre og kraftig byggede Mänd at göre, så at Målet her ikke giver så pålidelig Oplysning.

I de 10 Tilfälde, i hvilke Hjärtedämpningens Bredde var *under 18 Cm.*, må Målet vist med Rette anses for patologisk i Nr 5, 8, 9, 10, 16 og 46, da alle disse repräsenteres af 5 små og spinkle Kvinder og 1 spinkel Mand. Tilbage stå da Nr 26, 34, 52 og 78, i hvilke Dämpningen var 16, 16½, 17½ og 16 Cm.

Målene kunne i disse Tilfälde ikke absolut betegnes som tydende på et forstörret Hjärte, da vi her have at göre med to temmelig kraftig byggede Mänd, en fed og kraftig bygget, og en ganske vist mager, men meget kraftig bygget Kvinde.

Som vi tidligere have set, har den ved almindelig Perkussion fundne relative Hjärtedämpning i alle de Tilfälde, i hvilke Hjärtet var forstörret i bägge sine Halvdele, gennemgående givet os temmelig sikker Oplysning herom; og sammenligne vi i de nys omtalte Tilfälde den almindelige relative Hjärtedämpning med den afdämpede med Hensyn til deres diagnostiske Betydning i så Henseende, kan det egentlig ikke siges, at den afdämpede Perkussion står med Palmer i Händerne, navnlig når vi betänke, at der kun er taget Hensyn til de Tilfälde, i hvilke Dämpningsgränserne passede med ½ Cm:s Nöjagtighed, et Hensyn, som vi af let forståelige Grunde ikke kunde tage, da vi undersögte den almindelige relative Hjärtedämpning. — I de 7 Tilfälde (Nr 25, 26, 28, 34, 36, 52 og 78), i hvilke den afdämpede Hjärtedämpning kun med et vist Forbehold kan siges at tyde på Forstörrelse af Hjärtet, fandtes ved almindelig Perkussion i alle Tilfälde en Hjärtedämpning, der tydede på universel Forstörrelse af Hjärtet, og det trods den Omständighed, at der i flere Tilfälde var betydeligt Lungeemfysem.

I de fleste af de Tilfälde, i hvilke Hjärtet var universelt forstörret og den afdämpede Hjärtedämpning ligeledes forögel i Bredde, skyldtes denne Forögelse en nogenlunde ligelig Forstörrelse af höjre og venstre Gränses Afstand fra Midtlinjen. Men i Nr 5, 17, 46, 50, 61, 68 og 78 lå *venstre* Gränse omtrent på den normale Plads, så at Dämpningsbreddens Forögelse i Störrelse nästen udelukkende skyldes et större Mål for *höjre* Gränses Afstand fra Midtlinjen. I Samklang hermed

skulde man da også vänte at finde en särlig Forögelse af höjre Hjärtes Omfang i disse Tilfälde, specielt höjre atrium. Men noget sådant er kun Tilfäldet i Nr 17 og Nr 50. I de övrige 5 Tilfälde vare höjre og venstre Hjärte omtrent ligelig forstörrede.

Grunden til dette ret märkelige Forhold er muligvis den, at Hjärtets anatomiske Leje måske ikke er så konstant, som almindelig antaget, så at det specielt måske undertiden kan ligge noget mere til höjre end sädvanlig. I hvert Fald fandtes i de 5 Tilfälde intet Tegn på, at Hjärtet var disloceret af patologiske Årsager, undtagen i Nr 68, hvor Aortaaneurysmet muligvis har trängt Hjärtet noget over mod höjre.

Man kunde invende, at det temmelig tarvelige Resultat, som er vundet ved Undersögelsen af den afdämpede Hjärtedämpning i Henseende til dens diagnostiske Betydning overfor Störrelsesforandringer af Hjärtet, muligvis kunde bero på, at vi kun have undersögt Tvärmålet i Höjde med fjärde Ribben. Kunde ikke en samtidig Undersögelse af Målene i andre Transversalplaner give bedre Oplysning? Jeg har forgäves sögt at nå noget Resultat på denne Måde, hvorfor jeg ikke skal trätte Läseren med Detaljer.

Derimod var det jo muligt, at Breddemålene, sete i Forhold til Brystets egen Bredde (målt i Höjde med fjärde Ribben) kunde give nogen Oplysning, hvor det ikke absolut set gav en sådan.

Udregner jeg dette Forhold hos de 5 sunde voxne, hos hvem jeg overhovedet har målt Brystbredden, får jeg en Kvotient på gennemsnitlig 1,66, svingende mellem 1,57 og 1,79. I de patologiske Tilfälde var den, som rimeligt er, lavere, nemlig 1,39, svingende mellem 0,92 og 1,62, hvilket altså ikke giver os nogen ny Oplysning i de Tilfälde, i hvilke Dämpningsbredden allerede absolut set var patologisk. Men i de patologiske Tilfälde, i hvilke Dämpningsbredden stod på Gränsen af det normale (og Brystbredden overhovedet er målt), nemlig Nr 28, 34, 36, 52 og 78, var Kvotienten henholdsvis 1,62, 1,51, 1,58, 1,49 og 1,52. Kun i Nr 52 synes Kvotienten at tyde med Sikkerhed på en Forstörrelse af Hjärtet. I de andre Tilfälde var den derimod så lidet mindre end det normale Middeltal, at man näppe kan slutte noget deraf. Men det synes dog, som om man i Forholdet mellem Dämpningsbredden og Brystbredden *undertiden* har et Middel til i tvivlsomme Tilfälde at

bedömme, om det fundne Mål for Dämpningens Bredde bör betragtes som normalt eller patologisk.

Af andre patologiske Tilstande i Hjärtet, som bör omtales i deres Forhold til den afdämpede Hjärtedämpning, må först og fremmest nävnes *Vädskeansamling i Perikardiet.* Jeg kan desvärre ikke bygge mine Udtalelser om dette Ämne på egen Erfaring, da der i mine Tilfälde ikke findes et eneste, hvor Perikardiet indeholdt Vädske i nävnevärdig Mängde. Jeg skal derfor blot göre opmärksom på, at PETERSSON som särlig karakteristisk for Hjärtedämpningen i sådanne Tilfälde anförer, at Hjärtelevervinklen bliver ret eller stump. Dette er ikke noget absolut sikkert Tegn; ti jeg har ofte fundet den nävnte Vinkel ret eller stump, uden at der var ringeste Ansamling i Perikardiet. Jeg har tidligere gjort opmärksom på, at Levervinklen er särlig vanskelig at udperkutere, fordi Sammenstödet mellem Hjärte- og Leverdämpning bevirker en let Dämpning af Perkussionslyden imellem Vinklens Ben, selv hos normale, så at Forholdet her ikke er så simpelt, som man strax kunde tro. Når PETERSSON anförer et Exempel, i hvilket han ved sin Metode kunde diagnosticere en Ansamling i Perikardiet, som ikke var påvist ved almindelig Perkussion, og hermed vil bevise, at han ved sin Metode undgår det subjektive og konstruktive, som skal väre så nöje knyttet til den almindelige Perkussion, så skal jeg her erindre om, at netop et af de Tilfälde, i hvilke ISRAEL-ROSENTHAL ikke nåede et nöjagtigt Resultat ved afdämpet og interkostal Perkussion, var et Tilfälde af betydelig Vädskeansamling i Perikardiet. At man kan begå Fejl ved den almindelige Perkussion, er selvfölgeligt; men det synes uberettiget at nägte noget lignende for den interkostale og afdämpede Perkussions Vedkommende.

Det er dog naturligvis muligt, at disse to Perkussionsmetoder, specielt ved Exsudater i Perikardiet, yde bedre Nytte end almindelig Perkussion i diagnostisk Henseende.

Hvad angår *Dislokationer af Hjärtet*, så har den afdämpede Hjärtedämpning i intet af de af mig undersögte Tilfälde givet bedre Oplysning i så Henseende end den almindelige relative Hjärtedämpning.

Med Hensyn til det i Nr 68 meddelte Tilfälde af *Aortaanevrysme*, så var der her ved almindelig Perkussion en tydelig Dämpning på manubrium og på överste Del af venstre Forflade.

hvilket ganske vist også fandtes ved afdämpet Perkussion; men denne har i hvert Fald ikke givet os bedre Oplysning end den almindelige, snarest mindre, da der jo ved afdämpet Perkussion også normalt findes dämpet Lyd på manubrium.

Hvad endelig angår den afdämpede Hjärtedämpning i Tilfälde af *Lungeemfysem*, ved hvilke den skulde yde särlig god Nytte ved Bedömmelsen af Hjärtets Störrelse, så tror jeg, at man ved at gennemgå mit Materiale ikke kan finde et eneste Tilfälde, i hvilket den afdämpede Perkussion har givet bedre Oplysning end den almindelige Perkussion om Hjärtets Tilstand, alt under den Forudsätning, at man ved Lungeemfysem må göre Regning på at finde Hjärtedämpningen mindre end normalt.

Endelig skal jeg med Hensyn til den afdämpede Perkussions Anvendelse *på Börn* blot bemärke, at den synes mig särlig uanvendelig hos disse til Bestemmelse af Hjärtets Störrelse. Anbringelsen af 3 Fingre af en voxen Hånd på en sådan lille Barnethorax til Anvendelse som Plessimeter ved Udperkussion af Hjärtedämpningen forekommer mig yderst uhensigtsmässig. Forholdet er omtrent, som om man vilde pröve at skrive ganske små Bogstaver med et tykt Stykke Kridt eller lignende.

Endnu står tilbage at omtale *Perkussion på levende.* Jeg har undersögt talrige sådanne. Men da jeg har haft så rigelig Adgang til Sektionsmateriale, har jeg udelukkende bygget mine Undersögelser på dette. Jeg har så meget mindre Grund til at anvende det Materiale, som Perkussion på levende har givet mig, som jeg jo er kommen til det Resultat, at en Kontrol selv på Lig er yderst vanskelig.

Der er blot et Par Punkter, som tränge til närmere Omtale.

Israel-Rosenthal finder Hjärtedämpningen gennemgående större hos döde end hos levende, medens Petersson finder det omvendte. P. forklarer Forskellen af en större Blodfylde af Hjärtet hos levende end hos döde. I.-R. mener, at den må bero på et tilfäldig spinklere Materiale i det ene Tilfälde end i det andet.

Netop den Omständighed, at de to Forfattere komme til modsatte Resultater, synes mig at tale for, at Årsagen til den forskellige Dämpningsbredde snarere må söges i den Omständighed, at Dämpningsgränsen ikke er skarp, så at den snart kan bestemmes lidt längere ude, snart lidt längere inde, i det samme Undersöger vel ikke altid perkuterer ganske ens, og endnu mindre to Undersögere ganske uafhängigt af hinanden ville finde Gränsen på samme Sted. Man må her erindre, at en sådan Variation af Dämpningsgränsens Leje meget vel kan finde Sted indenfor et vist Spillerum, uden at den Nöjagtighed, hvormed Gränsen er bestemt, derfor kan siges at väre mindre i det ene end i det andet.

Inden dette stod mig klart, prövede jeg, for at undersöge det nävnte Forhold, at udperkutere Dämpningen lige för og lige efter Döden på dertil egnede Patienter.

På denne Måde undersögte jeg Nr 1, 6, 7 og 20. — I Nr 1 lå höjre Gränses nederste Ende noget längere *ude* efter Döden end för. I Nr 6 og 7 fandtes venstre Gränses överste Ende längere inde efter Döden end för. Ellers vare Gränserne i alle fire Tilfälde ens för og efter Döden.

Jeg fortsatte ikke disse Forsög, dels fordi der synes mig at väre noget for Fölelsen höjst stödende i at udperkutere Hjärtedämpningen på döende Patienter alene med den Hensigt at kunne kontrollere Gränsernes Rigtighed efter Döden, dels fordi jeg indså, at en Kontrol her er så godt som umulig. Finder jeg Gränsen 1 Cm. längere ude eller inde efter end för Döden, så véd jeg ikke, om dette skyldes en Störrelsesforandrig af selve Hjärtet eller blot en forskellig Perkussion. Nåle, indstukne i de to Gränser, träffe jo i Dybden samme eller nästen samme Punkt.

Et andet Punkt vedrörende Perkussion på levende er följende:

ISRAEL-ROSENTHAL fremhäver, at man, ved at bestemme Dämpningsgränserne ved afdämpet Perkussion, bedre end ved almindelig Perkussion kan *fölge Forlöbet i en Hjärtesygdom.*

Til Belysning af dette Forhold råder jeg over följende Materiale.

I Nr 38 fandtes 3 Dage för Döden nöjagtig samme Gränser som efter Döden.

I Nr 46 havde jeg foretaget Perkussion 5 Uger för Döden. Under Sygdommens Forlöb rykkede her den afdämpede Hjärtedämpnings höjre Gränse längere og längere ud, i det den ved förste Undersögelse lå $4\frac{1}{4}$ Cm., ved sidste $7\frac{1}{2}$ Cm. fra Midtlinjen. Men samtidig rykkede den relative Hjärtedämpning ligeledes ud, i det den ved förste Perkussion lå 1 Cm. indenfor venstre Sternalrand, ved sidste $3\frac{1}{2}$ Cm. udenfor höjre. Venstre Gränse lå ved förste Undersögelse både ved almindelig og ved afdämpet Perkussion omtr. 1 Fingersbred *udenfor* venstre Papil, ved sidste 1 Fingersbred indenfor samme, så at Hjärtet altså i sin Helhed er rykket over mod höjre, hvilket sikkert beror på, at Patienten i den sidste Tid för Döden stadig lå på höjre Side. Samtidig rykkede den relative Hjärtedämpnings överste Gränse opad, medens den ved svag Perkussion fundne överste Gränse på sternum holdt sig uforandret.

I Nr 53, som jeg fulgte i Löbet af 18 Dage, forblev samtlige Dämpningslinjer uforandrede undtagen den relative Hjärtedämpnings venstre Gränse, der rykkede 1 Cm. udad.

I Nr 75 lå de 3 höjresidige Gränselinjer 8 Dage för Döden 1 Cm. längere inde mod Midtlinjen end efter Döden, medens venstre Gränse holdt sig uforandret.

Desuden har jeg fulgt en halv Snes Individer med Hjärtesygdomme, men som jeg senere tabte af Syne, fordi de bedredes og udskreves. Hos nogle holdt Dämpningsfigurerne sig uforandrede, trods Bedringen; hos andre flyttedes Gränserne ganske vist; men den ved almindelig Perkussion fundne Gränse holdt stedse Skridt med de ved afdämpet Perkussion fundne; kun i ét Tilfälde holdt den afdämpede sig uforandret, medens den relatives höjre Gränse flyttede sig fra 1 Fingersbred til höjre for sternum ind til dettes Midtlinje.

Som det ses, har den ved afdämpet Perkussion fundne Dämpning i de anförte Tilfälde snarere givet mindre Oplysning om Hjärtets Forandring end den relative.

I övrigt bör man näppe lägge for stor Vägt på Perkussionsresultaterne i så Henseende. Perkussorisk at kunne fölge Forlöbet af en Hjärtesygdom har naturligvis videnskabelig set sin Interesse og vil altid stötte Diagnosen; men set fra et praktisk Standpunkt have vi i sådanne Tilfälde en langt bedre Rettesnor for Hjärtets Forandringer ved Hensyntagen til Puls, Ödemer, Almenbefindendets Forandringer o. l. under en passende Behandling. —

Sluttelig skal jeg på dette Sted erindre om SCHOTTS märkelige Påstand, at han ved afdämpet Perkussion har kunnet påvise en Udvidning af Hjärtedämpningen på 2—2½ Cm. i alle Retninger på et sundt Individ, efter at vedkommende havde udfört et ansträngende Arbejde i 1 til 2 Minutter. Den Tanke, at et sundt Hjärte skulde reagere så stärkt på en så kortvarig Ansträngelse, er i og for sig så stridende mod al sund Fornuft, at den näppe tränger til Gendrivelse. På et Par sunde Mennesker, som jeg lod göre gymnastiske Övelser i et Par Minutter, indtil de vare blevne stärkt forpustede, lykkedes det mig ikke at påvise ringeste Forandring af Hjärtedämpningen.

Den Vurdering, som i det foregående er foretagen af den afdämpede Perkussion, er udelukkende baseret på Forf:s egne Undersögelser. Vil Metoden ikke i mere övede Händer give bedre Resultater? Man kunde i så Henseende henvise til ISRAEL-ROSENTHALS og PETERSSONS Figurer.

For det förste er det en väsentlig Indvending mod de nävnte Forfatteres Figurer, at de, skönt tagne fra höjst forskellige Individer, ere indtegnede på en og samme skematiske Figur, uden at det oplyses, hvorledes Indtegningen er sket, og hvor meget Dämpningsfiguren er formindsket. Ja hos PETERSSON ere end ikke sternum og Ribbenene markerede; han aftegner blot Papillerne, Midtlinjen og Omridset af Brystkassen.

Se vi dernäst närmere på Figurerne, så har ISRAEL-ROSENTHAL 3 sådanne, fremstillende Hjärtedämpningen, henholdsvis hos en sund, en Patient med Aortafejl og en med Mitralfejl.

I bägge de patologiske Tilfälde ere Hjärtedämpningens forskellige Mål större end i det normale, idet höjre Gränses störste Afstand fra Midtlinjen i bägge Tilfälde er 1½ Cm. större end det normale (5 Cm. mod 3½ Cm.). Venstre Gränses Afstand fra Midtlinjen er ved Miltralfejlen 10, ved Aortafejlen 16 Cm. (mod 9 Cm. hos den normale), og hele Dämpningsbredden henholdsvis 14 og 15 Cm. mod 11½ Cm. — RAUCHFUSS's Breddemål er 11 og 11½ Cm. (mod 10) og Längdemålet 18 og 22 Cm. (mod 16 Cm.). Alt er således i den skönneste Orden; men man må erindre, at sådanne Målangivelser må omgås med stor Varsomhed. En Afstand af höjre Gränse fra

Midtlinjen på 5 Cm. er ikke absolut patologisk (SCHOTTS Normaltal er jo 5—5½ Cm.), og selv om man med Hensyn til venstre Grånses Afstand fra Midtlinjen må indrömme, at den i Tilfåldet med Aortafejlen hos en spinkel Mand må betragtes som patologisk, så indser jeg ikke, at vi have opnået synderligt mere herved, end hvad man finder ved almindelig Perkussion. Det var ikke umuligt, at denne kunde give os bedre Oplysning end den afdåmpede. Hvis jeg f. Ex. ved Mitralfejlen fandt en relativ Dåmpning indtil höjre Sternalrand, så vil det våre langt mere oplysende, end at den afdåmpede eller interkostale Hjärtedåmpnings höjre Grånse ligger 5 Cm. fra Midtlinjen. Forskellen mellem de to Figurer, som ISRAEL-ROSENTHAL meddeler som Typer for Dåmpningen ved Mitral- og Aortafejl, er egentlig kun den, at venstre Grånse i det ene Tilfålde ligger indenfor, i det andet udenfor Papillen. Ved Aortafejlen stråkker Grånselinjen sig desuden långere ned, i det den náer helt ned til 7de Ribben, medens den ved Mitralfejlen kun náer til 5te Interkostalrum. Men også dette vil en almindelig Perkussion kunne påvise, og det viser jo egentlig blot, at ictus i det ene Tilfålde ligger lavere end i det andet, noget, som man i Regelen aller bedst kan bestemme ved Palpation.

Det synes mig at våre set mere fra et rent åstetisk end egentlig fra et strångt videnskabeligt Standpunkt, når man vil betragte den Slags Figurer som så sårdeles instruktive.

PETERSSON nöjes ikke med at illustrere Hjärtedåmpningen ved Mitral- og Aortafejl. Han påstår, at Dåmpningen også har en bestemt Type ved pericarditis, Lungeemfysem, Fedthjärte og idiopatisk Hjärteforstörrelse.

Typen for *pericarditis* er meget karakteristisk, idet Dåmpningen náer fra höjre Papillärlinje til udenfor venstre, og Hjärtelevervinklen er fuldståndig udslettet. Hvis man virkelig i de fleste Tilfålde af Ansamling i Perikardiet får en sådan Dåmpning, har man dermed vundet et vigtigt Hjålpemiddel til Diagnosen af denne Tilstand. Imidlertid vil Typen vist sjåldent kunne udperkuteres i en så udpråget Form. At den ved mindre betydelige Grader kan våre vanskelig at påvise på Grund af den normalt tilstedevårende Dåmpning mellem Levervinklens Ben, har jeg allerede tidligere omtalt.

Med Hensyn til Dåmpningen ved Lungeemfysem, Fedthjärte og idiopatisk Hjärteforstörrelse, så kan jeg ikke indse, hvorfor disse Sygdomme skulde have en typisk forandret Hjärte-

dämpning. Når vi udperkutere en Dämpningsfigur, er det jo kun med det Formål at bestemme, om Hjärtet er forstörret i den ene eller i bägge Halvdele (bortset fra de Tilfälde, i hvilke Dämpningen skyldes patologiske Forandringer udenfor Hjärtet); men hvad den närmere eller fjärnere Årsag til Forstörrelsen er, må afgöres på anden Måde.

Ved Gennemsyn af alle de talrige Figurer, som PETERSSON meddeler til Illustration af de forskellige Typer af Hjärtedämpningen, kan jeg kun se fire Typer, nemlig en for Perikardit, en for forstörret höjre Hjärte, en for forstörret venstre Hjärte og en for Forstörrelse af hele Hjärtet.

De Figurer, som skulle illustrere Hjärtedämpningen ved Lungeemfysem, Fedthjärte og idiopatisk Hjärteforstörrelse, ligne ikke blot hverandre i allerhöjeste Grad, men have også mere eller mindre Lighed med de Typer, som findes ved Mitralfejl, Aortafejl og kombinerede Fejl.

At de forskellige Dämpningstyper i Virkeligheden blot pege i Retning af en partiel eller total Forstörrelse af Hjärtet, ses også ved at studere de Mål, som P. opgiver for Dämpningen i de forskellige Tilfälde.

Sammenligner man således Målene i de to Tilfälde, som skulle illustrere Hjärtedämpningen ved *Lungeemfysem*, med de af P. angivne tilsvarende Mål for normale, så tyde de i bägge Tilfälde på en universel Forstörrelse af Hjärtet, i det ene navnlig af venstre, i det andet särlig af höjre. Men mon sådanne Forhold just ere så karakteristiske for Hjärtets Tilstand ved Emfysem?

På lignende Måde går det med de Exempler, som skulle illustrere Typen for *Fedthjärte*. Målene tyde her i det ene Tilfälde på en stärk Forstörrelse af venstre, i det andet på en stärk Forstörrelse af höjre Hjärte, i det tredje på en betydelig Forstörrelse af hele Hjärtet, og i fjärde på en svag Forstörrelse af höjre. Det er ikke let at forstå, at nogen i sådanne Forhold kan finde noget typisk for Diagnosen Fedthjärte, og dog siger P., at Hjärtedämpningen ved denne Sygdom »frembyder en ganske karakteristisk Form og en bestemt udpräget Forandring i Störrelse».

Typen for *idiopatisk Hjärteforstörrelse* bygger P. på ét Tilfälde, i hvilket de opgivne Mål tyde på en stärk Forstörrelse af höjre, en ringe af venstre Hjärte. Det forekommer

mig i övrigt meget vovet at ville bygge en *Type* på *ét* eneste Tilfälde.

Hvad angår Typerne for *Mitralfejl* og *Aortafejl*, så gälder her akkurat det samme, som er sagt om ISRAEL-ROSENTHALS Exempler. Dämpningsfiguren peger blot i Retning af, om höjre eller venstre Hjärte er forøget, ofte dårligt nok.

Jeg skal derfor blot göre opmärksom på fölgende:

Som karakteristisk for Dämpningen ved Mitralfejl anförer PETERSSON, at höjre Gränses nederste Ende vedblivende drages ind mod Midtlinjen, så at Hjärtelevervinklen bliver spids. Dette er meget smukt tegnet på PETERSSONS Figurer; men hans Målangivelser passe ikke ganske hertil. I hans Tilfälde Nr 36 er höjre Gränses Afstand fra Midtlinjen i tredje og fjärde Interkostalrum henholdsvis 4 og 5 Cm., så at Gränsen altså ligger längst fra Midtlinjen ved sin nederste Ende. Noget lignende findes i Nr 37, hvor den omtalte Afstand er 6 Cm. både i tredje og fjärde Interkostalrum. Når noget andet er tegnet på Figuren, må det väre, fordi det subjektive og konstruktive har spillet en Rolle under Tegningen.

Også flere andre af PETERSSONS Figurer kunne vanskelig bringes i Overensstemmelse med de opgivne Mål. Jeg tror i det hele taget, at man ved en omhyggelig Revision af PETERSSONS Tilfälde vil komme til det Resultat, at den ved en indgående objektiv Undersögelse eller i flere Tilfälde ved Sektion konstaterede tilstedevärende Störrelsesforandring af Hjärtet gennemgående ikke afspejler sig tydeligt i de i hvert Tilfälde fundne Mål for Hjärtedämpningen, samt at det typiske, som anföres for hvert isär af de patologiske Tilfälde, ikke er tilsträkkelig bevist ved selve de meddelte Figurers Form og endnu mindre bliver det, når man kontrollerer denne Form ved Hjälp af de opgivne Talstörrelser.

Sagen er, at P. har stirret sig blind på Centimetermålene. Selv om man aldeles nöjagtig kunde måle Hjärtets Dimensioner på Dämpningsfiguren, var man jo langt fra ude over alle Vanskeligheder. Hvor vanskeligt kan det ikke mangen Gang väre, når man ved en Sektion står med et Hjärte i Hånden, at bedömme, om det er forstörret eller ikke (naturligvis bortset fra de betydeligere Grader)? Et sikkert Resultat opnås jo meget ofte först, når Hjärtet er klippet op og man har undersögt Vägtykkelsen, Klappernes og Ostiernes Tilstand,

Myokardiets Udseende o. s. v., og endda kan det väre vanskeligt.

Idet vi se bort fra det Spörgsmål, om den afdämpede Perkussion andre Steder end i Präkordiet muligvis kan yde nogen Hjälp, hvor den almindelige Perkussion svigter, som noget, der ligger udenfor Opgaven, kan Resultatet af de i det foregåeende refererede Undersögelser og meddelte Overvejelser i Korthed präciseres således:

Den ved afdämpet Perkussion fundne Hjärtedämpning giver på Grund af de anatomiske Forhold et forstörret, forvränget og ikke skarpt begränset Billede af Hjärtet. Derfor kan Måling af Hjärtets Dimensioner ikke foretages på denne Hjärtedämpning med blot tilnärmelsesvis Nöjagtighed, og Dämpningsfiguren giver i det hele og store ikke bedre Oplysning om Hjärtets Tilstand end den almindelige ved middelstärk Perkussion fundne relative Hjärtedämpning, idet den blot peger i Retning af, om Hjärtet er forstörret i den ene eller i bägge Halvdele, ofte ikke engang med så stor Sikkerhed som den almindelige relative Hjärtedämpning.

Da vi altså må se bort fra en nöjagtig perkussorisk Afgränsning af hele Hjärtet, bliver Spörgsmålet, hvorledes man da bedst skal undersöge Hjärtet ved Perkussion. Skal jeg udelukkende holde mig til den ved almindelig Perkussion fundne relative Dämpning, eller skal jeg, selv om jeg nu ikke kan bestemme Hjärtegränserne med anatomisk Nöjagtighed, dog ikke i hvert Fald så nöjagtig som mulig söge at bestemme höjre og venstre Gränse?

Efter Forf:s Mening bör man gå frem på fölgende Måde:

Ved almindelig middelstärk Perkussion bestemmer man den *intensere* relative Hjärtedämpning, som närmest svarer til den Del af Hjärtet, der ligger til venstre for venstre Sternalrand (*den venstresidige relative Hjärtedämpning*), idet man i Tvivlstilfälde vist nok helst bör bestemme venstre Gränse af denne ved *interkostal* Perkussion, af Grunde, som jeg strax skal anföre. Finder man, at venstre Gränse er rykket udenfor Papillärlinjen og forlänget nedad, tyder det på Forstörrelse af venstre Hjärte. Er höjre Gränse rykket indenfor venstre Sternalrand eller överste Gränse rykket opad, tyder det på For-

störrelse af höjre Hjärte. Nåer Dämpningen til höjre for höjre Sternalrand, tyder det enten på almindelig stärk Forstörrelse af hele Hjärtet eller på en särlig stärk Dilatation af höjre atrium. Herefter söger man at bestemme Hjärtets höjre Gränse ved *interkostal* Perkussion. At jeg hertil anbefaler interkostal og ikke afdämpet Perkussion, beror på, at den förste efter min Mening er sikrere i sin Anvendelse end den sidste. De tre Fingre, som det er nödvendigt at anbringe på Brystväggen ved afdämpet Perkussion, forekomme mig at väre et lovlig stort og klodset Plessimeter. Ved interkostal Perkussion kan man derimod anvende Negleleddet af venstre Pege- eller Lillefinger som Plessimeter; allerbedst er måske et lille kileformigt Träplessimeter. Ved interkostal Perkussion kommer man end videre Hjärtet närmere på Livet end ved afdämpet, så at den fundne Gränselinje, selv om den ikke er aldeles nöjagtig, dog kommer Virkeligheden närmere end ved afdämpet Perkussion. Og endelig er der den betydelige Fordel ved den interkostale Perkussion fremfor den afdämpede, at man ved den langt bedre er i Stand til at perkutere i sagittal Retning, idet det i Interkostalrummet anbragte Plessimeter kan afflade Perkussionsfladen, så at den bliver nogenlunde vandret, hvilket jo er umuligt ved Perkussion på Ribbenene, der altid ville lade Perkussionssvingningerne forplantes i radiär Retning. Ved en sådan Bestemmelse af höjre Gränse må man erindre, at den er sikrest i andet og tredje Interkostalrum, mindre sikker i fjärde på Grund af Leverdämpningens Närhed. Med Hensyn til Vurderingen af den således fundne Gränse må man vist nok sige, at en Flytning af den udenfor höjre Parasternallinje tyder på Forstörrelse af Hjärtet til höjre. Man kan dog ikke heraf med Sikkerhed slutte til en Dilatation af höjre atrium. — En sådan Bestemmelse af höjre Hjärtegränse i andet og tredje Interkostalrum er ikke stort mere nöjagtig end Bestemmelsen af venstre Gränse ved almindelig Perkussion. Men undertiden kan den vist yde god diagnostisk Hjälp, navnlig når den sammenholdes med Resultatet af Undersögelsen af den ved almindelig Perkussion fundne relative Dämpning, eller hvis denne svigter. Måske yder den omtalte Bestemmelse af höjre Gränse särlig god Nytte ved Perikardialansamlinger.

Den interkostale Perkussion har her sikkert et Område, hvor den undertiden kan göre god Fyldest. Men det må anses for fuldständig overilet at ville kaste hele den gamle Perkus-

sionsmetode over Bord og udelukkende at ville holde sig til den ved interkostal, afdämpet eller svag Perkussion fundne Hjärtedämpning, hvormed man kun vil bestemme *Gränserne* af en Dämpning, der i *Extensitet* på en vis Måde svarer til Hjärtet, medens man helt ser bort fra *Intensiteten* af den indenfor Gränserne värende Dämpning og dens Variationer under fysiologiske og patologiske Forhold. Det er netop Variationerne i Totaldämpningens Intensitet, man får bestemt ved at anvende almindelig Perkussion.

Sagen er jo nemlig denne: Lad os indrömme, at den ved afdämpet, interkostal o. fl. a. Metoder fundne Hjärtedämpning i patologiske Tilfälde på en vis Måde forstörres i Forhold til selve Hjärtets Forstörrelse. Udslaget viser sig dog i Regelen kun ved en Forögelse i Omfang på nogle få Cm. Går Dämpningen normalt fra venstre Papillärlinje til höjre Parasternallinje, så rykke bägge dens Gränser ved kendelig Forstörrelse af Hjärtet måske 1—2 Cm. längere ud. Men da Dämpningsgränserne som fremhävet ere udviskede, så at man allerede under normale Forhold kan disputere om, hvor vidt Gränsen i et foreliggende Tilfälde ligger én eller to Cm. längere ude eller inde, så vil en Bestemmelse af Hjärtegränsen på denne Måde kun give tydeligt Udslag ved meget stärke Forstörrelser, ved hvilke Dämpningsgränserne flytte sig 4—6 Cm. ud over det normale. Men når Metoden kun giver sikkert Resultat i de meget udtalte Tilfälde af Hjärteforstörrelse, og ikke i de ringere Grader, så er den jo i Virkeligheden ikke så *fin*, som man kunde tro, og dette er også Grunden til, at den gennemgående ikke giver bedre Oplysning om Hjärtets Tilstand end den almindelige Perkussionsmetode.

Den almindelige relative Hjärtedämpning er, nöjere betragtet, på en vis Måde et langt finere Reagens på Hjärtets Störrelse end den afdämpede eller interkostale. Under normale Forhold går den jo nemlig kun fra venstre Sternalrand til omtrent 1 Fingersbred indenfor Papillärlinjen. Under patologiske Forhold kan den derimod rykke langt ud til venstre Axillärlinje og til höjre Parasternallinje eller endog höjre Papillärlinje. Der findes jo i de af mig undersögte Tilfälde ikke få Exempler på, at den relative Dämpning i patologiske Tilfälde forögedes så betydeligt, at den endogså undertiden nästen faldt sammen med den afdämpede eller interkostale Hjärtedämpning, der på deres Side ofte kun vare forstörrede i ringe

Grad. Den relative Hjärtedämpning er altså i Stand til at göre langt större Exkursioner end den ved afdämpet eller interkostal Perkussion fundne Dämpningsfigur, og selv om man, hvad der som sagt er at anbefale, altid bör söge at bestemme höjre Hjärtegränse ved interkostal Perkussion, så bör man i alle Tilfälde ikke undlade at lägge Märke til, hvorledes Perkussionslyden forholder sig på Området mellem venstre Sternalrand og höjre Parasternallinje. Normalt kan der her påvises en svag Dämpning (*den höjresidige relative Hjärtedämpning*); men en betydelig Dämpning af Perkussionslyden i denne Region, således at den f. Ex. er lige så dämpet som på den venstresidige relative Dämpning, er altid patologisk, hvorimod den ikke altid er forbunden med en evident Udadflytning af den ved interkostal Perkussion fundne höjre Dämpningsgränse. Bestemmer man altså kun Totaldämpningens Gränser uden at undersöge Intensiteten af den indenfor disse Gränser liggende Dämpning, kan en Forstörrelse af Hjärtet, som kan give sig til kende ved en intensere Dämpning, f. Ex. på nederste Del af sternum, men ikke ved nogen tydelig Forandring af höjre Dämpningsgränse, undgå Opmärksomheden. —

Spörge vi nu til Slutning, hvilken Betydning den rene afdämpede Perkussion (d. e. bortset fra den interkostale) har for Hjärtets Perkussionsforhold, vil det ses, at den er meget när ved at väre lig Nul. Dog kan den måske undertiden få Betydning ved Bestemmelse af Kargränsen, i det den muligvis kan hjälpe til Påvisningen af Udvidningen af de store Kar, navnlig i Tilfälde, hvor noget sådant må formodes, men ikke kan påvises ved almindelig Perkussion. —

Som det ses, har Forf. af disse Linjer fået det Indtryk, at man må udtale sig med en vis Forsigtighed, hvor Talen er om perkussorisk Gränsebestemmelse med anatomisk Nöjagtighed.

Nye Undersögelsesmetoder bör selvfölgelig ikke afvises på Grund af utidig Skepsis, men jeg tror, at Tilböjeligheden til det modsatte, nemlig en altfor sangvinsk Betragtningsmåde, er lige så uberettiget og mere almindelig. BACO har sikkert Ret, når han siger:

»Ingenio humano non sunt alæ addendæ, sed plumbum.»

Literatur.

BAAS: Phonometrische Untersuchungen. Deutsch. Arch. f. klin. Medicin II.
BAMBERGER: Lehrb. d. Krankh. d. Herzens. Wien 1857.
BOUILLAUD: Traité clinique des maladies du coeur. Paris 1835.
BRAUNE, W.: Topographisch-anatom. Atlas. Leipzig 1872.
CANSTATT, CARL: Die specielle Pathol. u. Therapie, 4 Bd. I. Erlangen 1843.
CORVISART: Essai sur les maladies du coeur. Tysk Oversättelse af RINTEL. Leipzig 1812.
v. DUSCH, THEODOR: Lehrb. d. Herzkrankh. Leipzig 1868.
» » Die Krankh. d. Myocardiums (GERHARDT, Hdb. d. Kinderkrankh., 4 Bd. I. Tübingen 1878).
EBSTEIN, WILH.: Zur Lehre von der Herzpercussion (Berlin. klin. Wochenschr. 1876, Nr 35).
EICHHORST, HERMAN: Lehrbuch d. physikal. Untersuchungsmetoden. Braunschweig 1881.
EWALD: Ueber einige practische Kunstgriffe bei Bestimmung der relat. Herz- und Leberdämpfung (Charité-Annalen II Jahrgang [1875]. Berlin 1877).
FORGET: Précis théorique et pratique des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang. Strassbourg-Paris 1851.
FRIEDREICH: Krankh. d. Herzens (VIRCHOW, Spec. Path. u. Therapie. Erlangen 1867).
FULLER: Diseases of the chest. London 1862.
GENDRIN: Leçons sur les maladies du coeur. Paris 1842.
GERHARDT: Lehrb. d. Auscult. u. Perkussion. Tübingen 1866.
GUTTMANN: Lehrb. d. klin. Untersuchungsmethoden. Berlin 1881.
HUGHES, HENRY: Allgemeine Perkussionslehre. Wiesbaden 1894.
ISRAEL-ROSENTHAL: Om Bestemmelse af Hjärtets Störrelse ved Perkussion »med Afdämpning». Ugeskr. f. Läger 1893, Nr 34—36.
» » Åbent Brev til Dr. STRANDGAARD, Hosp.-Tid. 1895, S. 514.
LÜNING, RUDOLPH: Ueber Perkussion des Herzens. Göttingen 1876.
MEISSNER: Ueber Thermopalpation mit besond. Berüchsichtig. der Herzgrenzen. VIRCH. Arch., Bd. 131. 1893.

MEYER, JOSEPH: Zur Percussion d. Brustbeins, d. Herzens und pericardiale Ergüsse. Charité-Annalen II Jahrgang (1875). Berlin 1877.

NIEMEYER, P.: Hdb. der Perkussion u. Auskultation. 1868.

PETERSSON, O. V.: Kliniska studier beträffande de perkussoriska förhållandena öfver hjärtat (Upsala läkareför. förhandl., bd 25, 1889—90, s. 71 och 125; samt bd 27, 1891—92, s. 329).

PIORRY: Traité de Diagnostique et de Séméiologie. Paris 1837.

RAUCHFUSS: Zur physical. Unters. d. H. (GERHARDT, Hdb. d. Kdkrh. 4 Bd. I. Tübingen 1878).

RUMMO: Sur la plessimétrie cardiaque. Sem. méd. 11. April 1894.

SCHOTT, AUG.: Beiträge zur physical. Diagnostik d. Herzens (Centralbl. für die med. Wissenschaften 1881).

SKODA: Abhdl. über Perkussion und Auskult. Wien 1854.

SYMINGTON: Anatomy of the child. Edingburgh 1887.

WEIL: Hdb. u. Atlas d. topograph. Perkussion. Leipzig 1877.

WINTRICH: Krankh. d. Resporg. (VIRCH., Hdb. d. sp. Pathol. u. Therapie, Bd. V—1. Erlangen 1854).

Forklaring til Tavlerne.

Tavle A. Den relative (*r*), interkostale (*i*) og afdämpede (*a*) Hjärtedämpning hos et normalt Individ (Bill. 1), ved Forstörrelse af höjre Hjärte (Bill. 2—3), Forstörrelse af venstre Hjärte (Bill. 4), Forstörrelse af hele Hjärtet (Bill. 5), og ved Dislokation af Hjärtet til venstre og opad (Bill. 6). — $\frac{1}{3}$ naturlig Större!se. Forsög Nr 35, 70, 69, 32, 53 og 48.

Tavle B. Tvärsnit af Brystkassen hos en voxen i Höjde med Sternalenden af andet Interkostalrum efter BRAUNE (Bill. 1) og hos et spädt Barn i Höjde med Sternalenden af tredje Interkostalrum (Bill. 2) og af sjette Ribben (Bill. 3) efter SYMINGTON. — $\frac{1}{2}$ naturlig Störrelse.

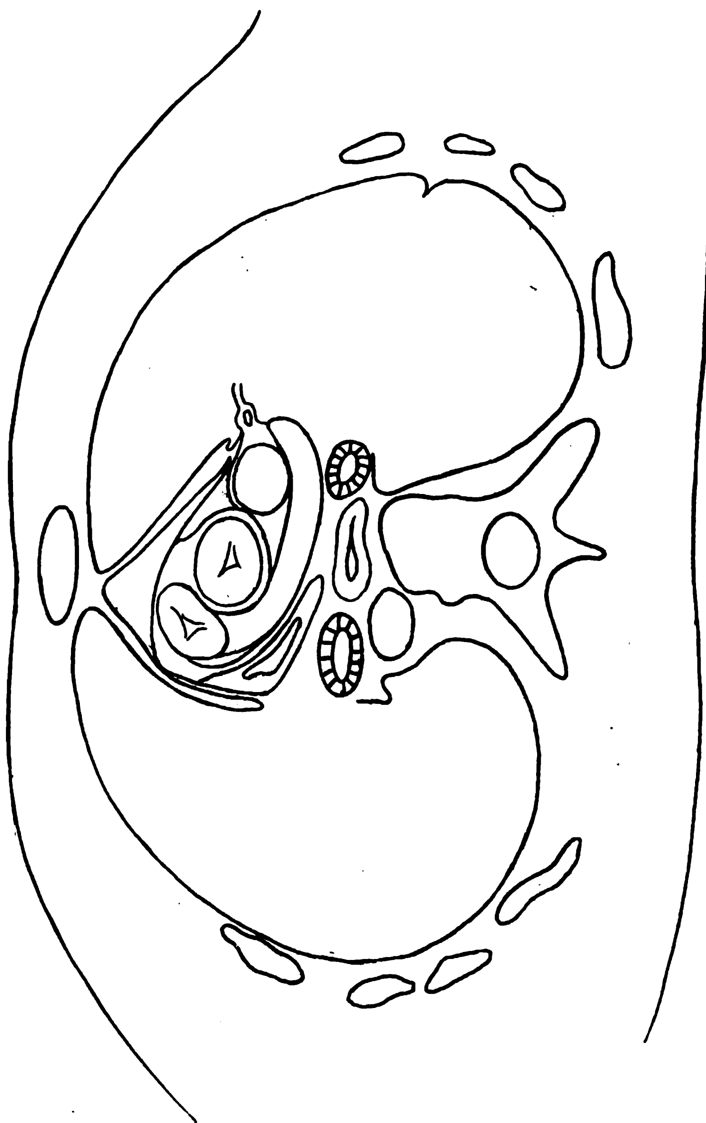
Tavle C. *Bill. 1.* Dämpningen i Hjärte- og Leverregionen, således som den efter Forf:s Erfaring i Regelen kan udperkuteres hos et sundt Individ. Den forskellige Intensitet illustreret ved stärkere og svagere Skravering. De svagt dämpede perifere Partier blive lettere erkendelige ved interkostal og afdämpet Perkussion; men kun den Del af Dämpningen, der ligger i Höjde med manubrium, kan *udelukkende* påvises ved afdämpet Perkussion. — Det middelstärkt skraverede Parti svarer til den almindelige relative Hjärtedämpning. — $\frac{1}{2}$ nat. Störrelse.

Bill. 2. Den afdämpede Hjärtedämpning hos et sundt Individ. Hjärtet aftegnet ved Siden af; bägge Dele i $\frac{1}{2}$ naturlig Störrelse. Forsög Nr 57.

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

Nord: med: Arkiv Aarg: 1896 Nr: 2

Fig: 1



S. Kruckow Lith Kjøbenhavn

Tavle B

Fig. 2

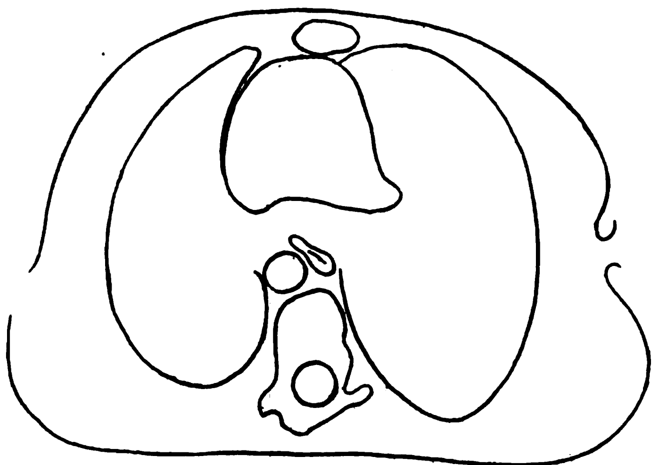
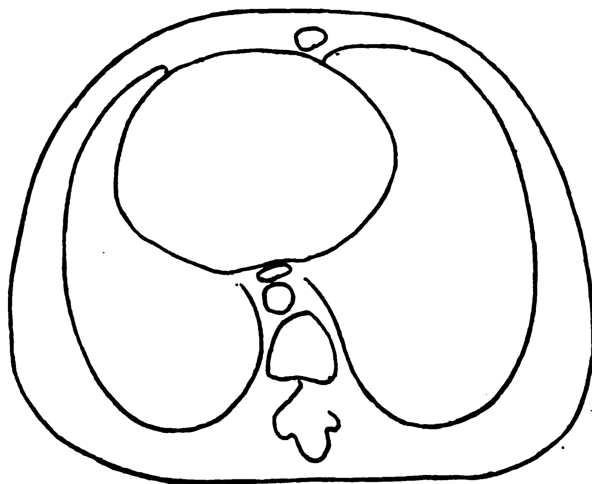
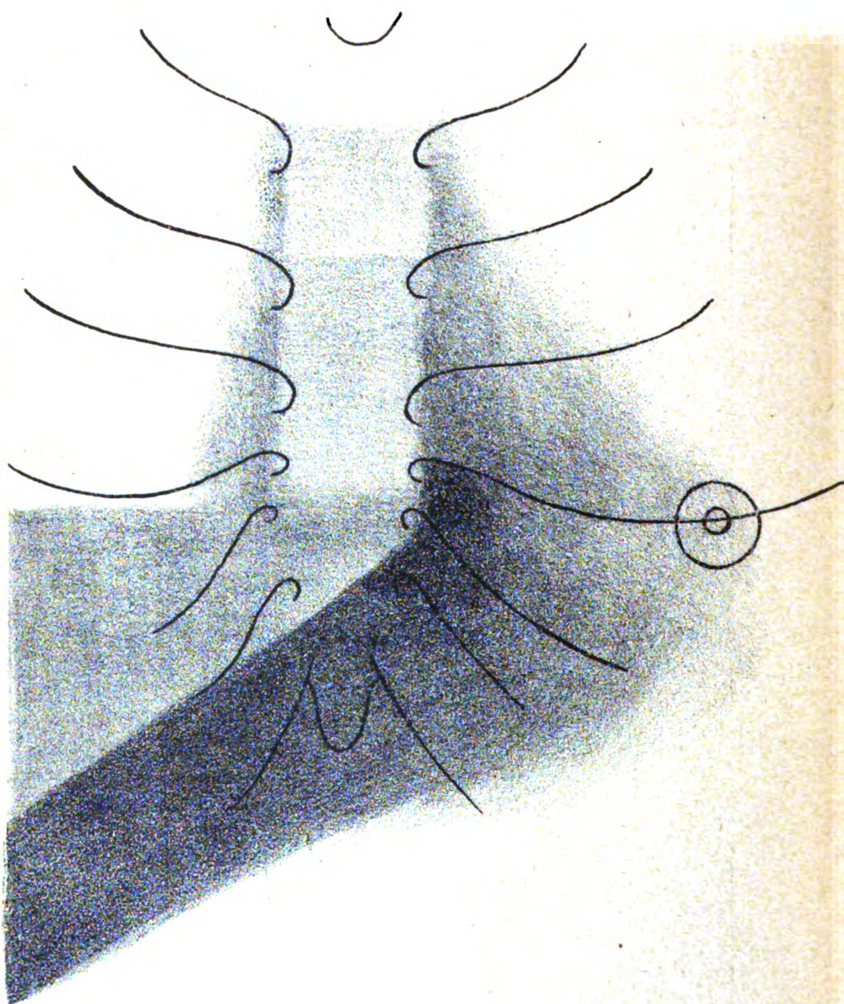


Fig. 3





S. Kruckow Lith Kjöbenhavn

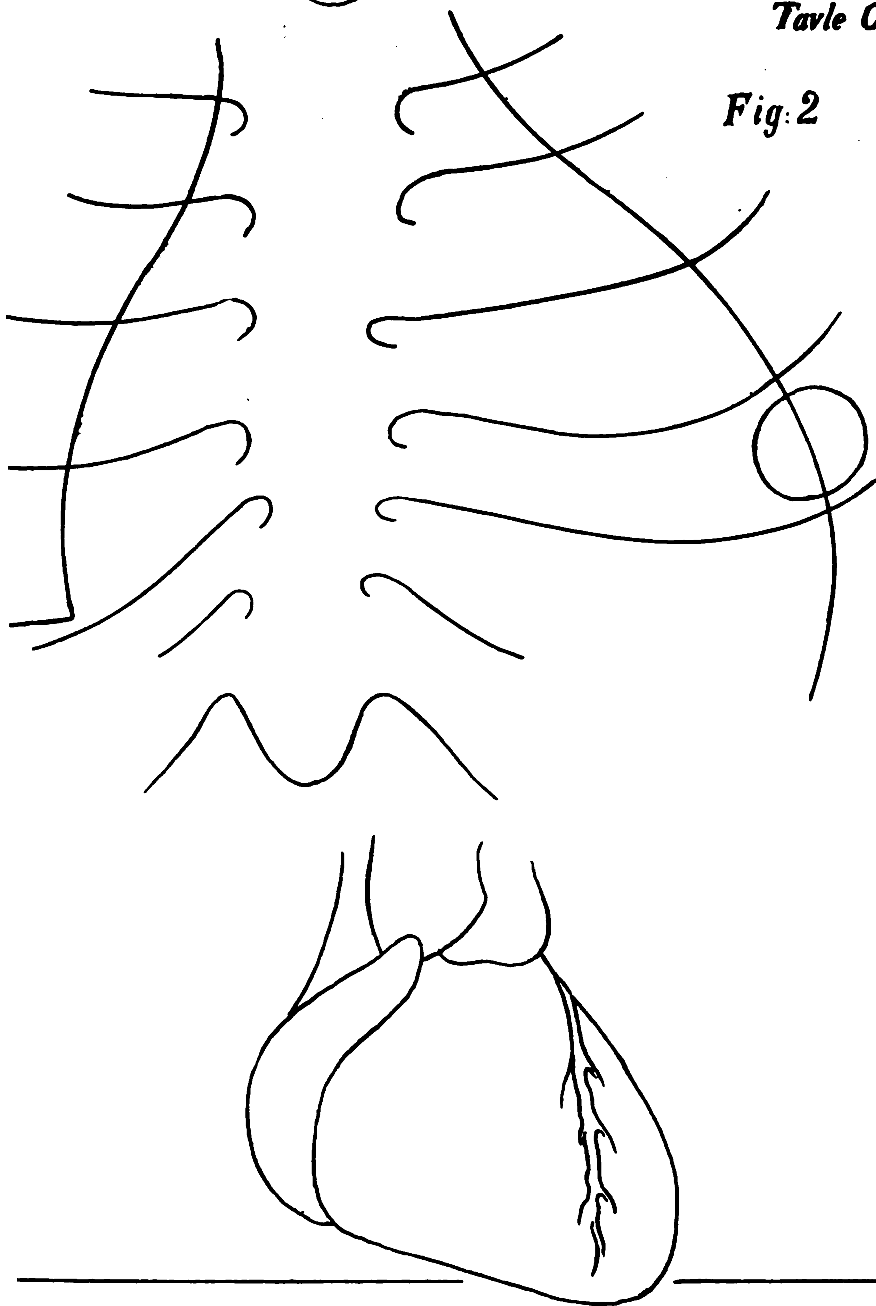


Fig: 2

Nordisk medicinsk literatur från 1895.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: KLAS SONDÉN och ROBERT TIGERSTEDT: Untersuchungen über die Respiration und den Gesammtstoffwechsel des Menschens. — ERNST TENGVALL: Reflex durch sensible Muskelnerven. — A. F. MALMSTRÖM: Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Elastisität des ruhenden Muskels. — MAGNUS BLIX: Wann der Energieumsatz bei der Muskelcontraction auch von der Spannung abhängt. — CARL TH. MÖRNER: Om bernstensyrans ursprung i djuriska väfnader. — CARL TH. MÖRNER: Om förekomsten af kitin i svamparnas cellmembraner.

KLAS SONDÉN och ROBERT TIGERSTEDT: **Untersuchungen über die Respiration und den Gesammtstoffwechsel des Menschens.** Skand. Arch. f. Physiologie, bd 6, s. 1—224.

Först beskrifves en ny, af förff. konstruerad respirationsapparat, som i noggranhet och användbarhet vida öfverträffar alla föregående. Med denna apparat hafva förff. undersökt kolsyreutandningen hos människor af olika ålder och kön, vid olika tider på dagen, samt vid inverkan af muskelarbete. Beträffande anordningen af försöken samt resultaten af detta omfattande arbete hänvisas till originalafhandlingen.

J. E. J—n.

ERNST TENGVALL: **Reflex durch sensible Muskelnerven.** Skand. Arch. f. Physiologie, bd 6, s. 225—235.

Förf. har användt retning med induktionsströmmar på centrala stumpen af n. peroneus hos kanin — den gren nämligen af denna nerv, som endast innehåller trådar till musklerna. Efter uteslutande af stora hjärnans inflytande antingen genom olika narkotiska medel eller genom exstirpation, har förf. undersökt reflexer på blodtrycket, på pulsfrekvensen, på olika muskler, samt på andningen.

J. E. J—n.

A. F. MALMSTRÖM: **Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Elastisität des ruhenden Muskels.** Skand. Arch. f. Physiologie, bd 6, s. 236—239.

Förf. har utfört sina försök på muskelpreparat af rana temp. och har betjänat sig af BLIX' muskelindikator. De resultat förf. erhållit

ställas i sammanhang med BLIX' teori angående elasticitet och inre friktion hos muskeln.

J. E. J—n.

MAGNUS BLIX: **Wann der Energieumsatz bei der Muskelcontraction auch von der Spannung abhängt.** Skand. Arch. f. Physiologie, bd 6, s. 240—251.

Förf. bemöter en del invändningar, som gjorts mot hans teori angående muskelkontraktionen. I öfverensstämmelse med denna teori föreslår förf. att uppfatta de vitala processerna vid muskelkontraktionen som en slags sekretionsprocesser.

J. E. J—n.

CARL TH. MÖRNER: **Om bernstensyrans ursprung i djuriska väfnader.** Upsala läkareför. förhandl., n. f., bd 1, s. 99.

Efter kortfattad öfversikt öfver bernstenssyrans bildningssätt och förekomst redogöres för BLUMENTHALs nyligen offentliggjorda undersökningar, hvilkas hufvudresultat kan preciseras sålunda: i de fall, där man påträffat bernstenssyra i djuriska väfnader och vätskor, har dess närvaro berott på postmortala, kadaverösa förändringar uti undersökningsmaterialet; denna syra är nämligen en produkt icke af de animala cellernas, utan af vissa lägre svampars lifsverksamhet.

C. Th. M—r.

CARL TH. MÖRNER: **Om förekomsten af kitin i svamparnas cellmembraner.** Upsala läkareför. förhandl., n. f., bd 1, s. 90.

Referat af WINTERSTEINs samt GILSONs undersökningar, hvilka till full evidens bevisat, att svamparnas cellmembraner innesluta en *kitin*substans, ett fynd egnadt att tilldraga sig ett visst intresse, då kitinet hitintils ansetts vara en exklusift animalisk stödjesubstans.

C. Th. M—r.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

M. SONDÉN: Atresia duodeni congenita completa. — O. STORCH: Kæmpevæxt af venstre Fod. — TH. MADSEN: Om Fremstilling af antidifteritisk Serum.

M. SONDÉN: **Atresia duodeni congenita completa.** Hygiea 1895, Svenska läkaresällsk. förhandl., s. 113.

Ventrikeln och öfversta delen af duodenum utspända till en timglasformig kropp med smalaste stället vid pylorus. Denna del af duodenum slutade som en blindsäck utan till tarmen förande lumen. Tunntarmen slutade äfven upptill blindt ungefär 1½ cm. från ventriculo-duodenalsäcken, till hvars duodenaldel endast en afsmalnande, slutligen trådfin, solid bindväfssträng kunde följas.

Vestberg.

O. STORCH: **Kämpeväxt af venstre Fod.** Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1267.

Forevisning af en Patient med den nävnte Misdannelse, som var medfödt. Han er nu 45 År gammel. Venstre Fod har en Längde af 26 Cm. (höjre 18 Cm.), en Bredde af 13 Cm. og en Höjde af 12 Cm. Stortåen, som rager lodret opad, måler 14 Cm. i Längden (höjre 8 Cm.). De fire mellemste Täer rage kun frem med deres yderste Rand; de ere indbyrdes sammenvoxede; den frie Rand danner en 1½—2 Cm. lang, sammensmeltet Negl. Den 5te Tå er af normal Störrelse og Bevägelighed. Venstre Fod nedenfor malleoli fortränger et Rumfang af 25—2600 Kcm. Vand, höjre kun 4—500.

P. D. Koch.

TH. MADSEN: **Om Fremstilling af antidifteritisk Serum.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1077.

En Fremstilling af den til Indvinding af antidifteritisk Serum anvendte Fremgangsmåde med särligt Hensyn til de i Universitetets Laboratorium for medicinsk Bakteriologi foretagne Modifikationer.

S. Borch.

Speciel patologi och terapi: HANSEN: En ejendommelig Epidemi af gastroenteritis. — FABER: Intermitterende Leverfeber uden icterus. — EMIL A. G. KLEEN: Digestionen, ämnesomsättningen och näringsbehofvet vid diabetes. — J. G. EDGREN: Försök med digitalinum cristallisatum såsom hjärttoniserande och diuretiskt medel. — SALOMONSEN: Nyere Arbejder over den transitoriske Albuminuri. — THURE HELLSTRÖM: Om blodserumterapien mot difteri på Epidemisjukhuset i Stockholm. — FIBIGER: Om Fejlslutninger ved bakteriologisk Difteridiagnostik. — ROLF HERTZ: Nogle Bemärkninger i Anledning af Dr. LARSENS Artikel om kronisk Difterit. — G. LARSEN: Endnu et Par Ord om kronisk Difterit. — C. WESSEL: Om den akute primäre polymyositis. — E. W. WRETLIND: Den patologiska spermatorréns etiologi, patogenes och terapi. — SELCHAU: Kneippkuranstalter. — JACOBY: Kneippkuranstalt. — SELCHAU: Kneippkuranstalt. — *Red.*: Kneippkuren.

HANSEN: **En ejendommelig Epidemi af gastroenteritis.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1060.

Forf. beskriver en lille Epidemi af gastro-enteritis, der angreb 6 Individer og ikke medförte noget Dödsfald. Sygdommen opstod i et fugtigt, dårligt udluftet Hus, uden at andre Lejlighedsårsager kunde påvises. Også Forf. fik umiddelbart efter sit Besög i det smittede Hus Ildebefindende, Svimmel, Opkastning. *F. Levison.*

FABER: **Intermitterende Leverfeber uden icterus.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1269.

I Tilslutning til en tidligere refereret Afhandling meddeler Forf. udförligt Sygehistorien af en Patient, en 37-årig Mand, der indlagdes

på Hospitalet med intermitterende Feber og Diarré. Temp. var udenfor Anfaldene subnormal: 36° indtil 34,8°. Leverdämpningen ikke i påviselig Grad forstörret, ingen icterus; der var stärk Anämi og udviklede sig Tromboser i Underlivets store Vener med Ödem af Underextremiteterne; under Feberanfaldene steg Temp. til 39—40°, men faldt hurtigt igen under det normale. Efter 2 Måneders Sygeleje indtrådte Döden.

Ved Sektionen fandtes en supparerende Ekinokokkyste på 8 Cm:s Diameter i höjre Leverlap; i Lungerne fandtes en gammel lokal Bronkektasi med purulent Bronkit. Trombosen udgik fra vena hepatica og vena cava inf., der vare inddragne i den Kysten omgivende kroniske Betändelse; Döden var indtrådt ved en Emboli af venstre art. pulmonalis fra vena cava.

Den mikroskopiske Undersögelse af Levervävet viste omkring den suppurerende Kystes Bindevävskapsel udbredte betändelsesagtige og atrofiske Processer. Betändelsen strakte sig med Galdegangene ned omkring talrige acini; desuden var der Atrofi af Levercellerne og Bindevävsnydannelse. Altså i alt: Angiokoliter og biliär Cirrose. Venstre Leverlap var relativ sund, noget hypertrofisk.

Urinen havde aldrig indeholdt abnorme Mängder Urobilin; dette gav Forf. Anledning til at undersöge Urinen hos en Del Patienter; det viste sig da, at selv vidt fremskredne Levercirroser jävnlig havde urobilinfri Urin, medens Urobilin ofte fandtes hos Patienter, hos hvem der ikke var Anledning til at formode nogen Leverlidelse. Forf. föres herved til at slutte sig til den tyske Opfattelse, at Bilirubinet i Tarmen forvandles til Urobilin, og at dette först fra Tarmen resorberes og går over i Urinen, så at Urobilinuri kun opstår, når store Mängder Galde udgydes i Tarmen og der omdannes til Urobilin, medens Leveren hverken i sund eller syg Tilstand leverer dette Farvestof, men kun Bilirubin. Denne Opfattelse er som bekendt i stärk Strid med den af franske Forfattere, särlig af HAYEM, HANOT og CHAUFFARD hävdede Teori, at Urobilinet er »den syge Levercelles Pigment».

F. Levison.

EMIL A. G. KLEEN: **Digestionen, ämnesomsättningen och näringsbehofvet vid diabetes.** Hygiea 1895, bd 57, II, s. 533.

Förf. lemnar en intressant och utförlig framställning öfver de olika näringsmedlens förhållande vid diabetes och framhåller följande:

1) att kolhydrat i vanlig mängd hos alla sockersjuka förorsaka hyperglykemi, som finner sitt uttryck i glykosurien;

2) att alla sockersjuka likväl tillgodogöra sig en viss mängd af näringens kolhydrat, som kraftigare än samma kaloriantal fett bidrager att minska förbränningen af ägghvita;

3) att frihet från hyperglykemi utom andra fördelar medför en ökad assimilationsförmåga för kolhydrat och i och för sig motverkar den diaboliska processen;

4) att fettet hos inga sockersjuka ökar hypoklykemien eller glykosurien och sålunda samt på grund af sitt höga kalorivärde är ypperligt

egnadt för dylika patienter; fördrages blott till en mängd, som stannar långt under organismens totala näringsbehof;

5) att de digererade ägghviteämnena af den lätt sjuke diabetikern fullständigt men af den svårt sjuke ofullständigt tillgodogöras, då de i det sista fallet bidraga till hyperglykemien och glykosurien;

6) att vid svår diabetes uppstå i blodet toxiner, som äro långt farligare än ett öfverskott af blodsocker;

7) att dessa toxiner ökas vid uteslutande kött- och fettnäring;

8) att ett fullständigt uteslutande af kolhydraterna ur näringen icke i längden låter sig genomföras, därför att en dylik näring medför svåra rubbningar från digestionsapparaten.

Genom ett tillbörligt afvägande och tillgodoseende af alla dessa moment måste vi på ett rationelt sätt anordna diabetikerns diet.

Den absoluta dieten kan aldrig komma i fråga annat än periodvis, i veckor, allra högst i månader. Med någon fördel kan detta ske i det stora flertalet fall af den lätta formen. Fördelarna äro att assimilationsgränsen för kolhydraten höjes, att sjukdomens progression motarbetas, och att särskildt de symptom, som omedelbart stå i samband med hyperglykemien, träda tillbaka. Olägenheterna äro det frekventa uppträdandet af digestionsrubbningar, kroppsvikten minskas, nevrasteniska symptom uppträda.

I den svåra formen (GERHARDTs reaktion) är förhoppningen att genom hyperglykemiens undanrödjande höja assimilationsgränsen förbi; uppträder β-oxysmörsyran i urinen, är fara för koma för handen. Så snart GERHARDTs reaktion är fullt utpreglad, kan, i fall ingen β-oxysmörsyra finnes, en måttlig inskränkning af kolhydraten till 80 gm vanligt hvetebröd och något grönsaker per dygn förordnas. Finnes β-oxysmörsyran i urinen bör man alldeles afstå från inskränkningen i kolhydraten. *Edgren.*

J. G. EDGREN: **Försök med digitalinum cristallisatum såsom hjärttoniserande och diuretiskt medel.** Hygiea 1895, II, s. 649.

Vid de på Serafimerlasarettet i Stockholm anställda försöken med digitalinum cristallisatum användes en lösning 1 : 1000 från pharmacie du d:r MIALHE i Paris, ett gm af lösningen höll sålunda 1 mgm digitalin, hvilket var den vanliga dosen, som gafs på en gång och endast undantagsvis efter en kortare eller längre tid upprepades.

Vid patientens inkomst på lasarettet gafs ett laxans (ol. ricini) och under den närmast följande tiden absolut mjölkdiet. Resultaten sammanfattas på följande sätt:

1. Ett mgm digitalium cristallisatum, gifvet på en gång, eger en hjärttoniserande, hjärtreglerande och diuretisk verkan, som motsvarar eller till och med öfvergår motsvarande verkan af 200—300 gm infusum digitalis (ph. sv.) gifvet under 4 till 5 på hvarandra följande dagar.

2. Digitalinets ofvan nämnda verkningar inträdde konstant, ehuru naturligtvis i olika grad, såvida patientens tillstånd var sådant, att någon verkan öfver hufvud taget kunde åstadkommas.

3. Digitalinet framkallade ingen gång intoxikationssymptom.

Edgren.

SALOMONSEN: **Nyere Arbejder over den transitoriske Albuminuri.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1125.

Oversigtsartikel over de i de senere År fremkomne Arbejder over transitorisk Albuminuri, af hvilke Forf. drager den Konklusion, at der ikke findes noget Middel til at skelne de uskyldige Former af Albuminuri fra dem, der ere Symptom på en alvorligere Nyrelidelse.

F. Levison.

THURE HELLSTRÖM: **Om blodserumterapien mot difteri på Epidemisjukhuset i Stockholm.** Hygiea 1895, II, s. 473.

Under januari månad var serumtillgången begränsad, men i februari erhöls ett större parti från Institut Pasteur och längre fram från Stockholm, beredt af d:r EDV. SELANDER. Redogörelsen omfattar därföre halfåret 1 febr. till 1 aug. 1895. Utom serumbehandlingen fortsattes med den lokala: penslingar ett par gånger om dagen med sublimatglycerin, gurglingar och spolningar med borsyra, klorsyradt kali eller på sista tiden med stomatol.

Under tiden d. $^1/_2$ till $^1/_8$ intogs på Epidemisjukhuset 358 difteripatienter, af dessa afledo 7 (dödsprocent 1,96); 209 voro barn under 10 år, af dessa afledo 7 (dödsprocent 3,35). Fråndragas de, som afledo under de första 2 dygnen, så blir dödsprocenten 0,85 och för barnen under 10 år 1,45!

Insprutningar gjordes på 216 patienter, däribland alla kruppatienterna, 52; de öfriga, 142, behandlades ej med serum, då de ansågos för lindriga fall, intet af dessa afled. Af de 52 kruppatienterna, som alla sprutades, afledo 3 (dödsprocent 5,77); 31 trakeotomiserades, af hvilka 3 dogo (dödsprocent 9,68), 21 gånger till hälsa utan operation. Insprutningarna gjordes så tidigt som möjligt: inom de 2 första sjukdomsdagarna på 84 fall utan krup, alla gingo till hälsa, och på 26 fall med krup, af hvilka 2 dogo, på 3:dje sjukdomsdagen på respektive 41 (1 dödsfall) och 8 (1 dödsfall); på 4:de sjukdomsdagen 21 (intet dödsfall) och 4 (intet dödsfall) o. s. v.

Halsens renande och bacillernas försvinnande ur svalget har försiggått ungefär som vid den vanliga behandlingen; febern tyckes ej häller synnerligen påverkats af serum.

Albuminuri uppträdde hos 66 af de 209 serumbehandlade fallen (31,57 %), men förf:s åsikt är, att väl beredt och i godt skick varande difteriserum ej verkar skadligt på njurarna.

Under januari månad inträffade två dödsfall bland de difteripatienter, som behandlats med tyskt serum; obduktionsfenomenen voro annorlunda, och måhända hade karbolhalten i detta serum ej varit utan skuld. Pareserna uppträdde bland de serumbehandlade ungefär i samma frekvens som förut. — Förf. betonar särskildt det gynsamma resultatet vid krupfallen — en mortalitetsprocent af 5,77 är fullkomligt enastående. Såsom biverkningar af serum omtalas erytematös ansvällning

kring injektionsstället, multiformt erytem ibland med ledsmärtor, urticariautslag — alt utan någon allvarsam betydelse.

Såsom totalomdöme om blodserumterapien mot difteri säger förf., att grundade anledningar förefinnas att däröfver fälla en god dom och för den samma uttala de vackraste förhoppningar för framtiden, men han framhåller, att äfven andra orsaker — epidemiens karakter o. s. v. — torde hafva bidragit till förf:s exempellöst vackra statistik.

Edgren.

FIBIGER: **Om Fejlslutninger ved bakteriologisk Difteridiagnostik.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1173.

Forf. gör opmärksom på den Erfaring, at Påvisning af Difteribaciller i Kulturer fra Patienter vel er et sikkert Bevis for Tilstedevärelsen af Sygdommen, men at Mangelen af sådanne ikke er noget sikkert Modbevis. Mangelen af sådanne Kolonier kan nemlig skyldes 1) Mangel på Övelse hos den, der anlägger Kulturerne; 2) uheldigt Podeinstrument: som sådant anbefales en Klump hydrofilt Vat, anbragt på en Metaltråd; 3) dårligt Näringssubstrat; når Serum ikke er pålidelig steriliseret eller tilfäldige Saprofyter fra Mundhulen overföres med Podeinstrumentet, kunne disse ved deres stärke Växt helt overflöje og skjule Difterikolonierne; 4) Anvendelsen af antiseptica i Svälget, hvorved Difteribacillerne ere dräbte eller sväkkede; 5) den Omständighed, at Difteribacillerne i nogle Tilfälde svinde hurtigt af sig selv, skönt Belägningerne holde sig. Man kan således finde, at Kulturer fra larynx eller trachea give positivt Resultat, medens samtidig Podning fra Belägninger på Tonsillerne ikke vise Växt af Difteribaciller.

F. Levison.

ROLF. HERTZ: **Nogle Bemärkninger i Anledning af Dr. Larsens Artikel om kronisk Difterit.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1153.

G. LARSEN: **Endnu et Par Ord om kronisk Difterit.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1254.

I Anledning af en tidligere refereret Artikel om kronisk Difteri, i hvilken Forf. havde tydet nogle Tilfälde af recidiverende Halsbetändelse som »kronisk Difterit» og hävdet Sandsynligheden af, at infektiöse Difteribaciller kunde gemme sig i Tonsillarkrypter og efter kortere eller längere Tids Forlöb atter geninficere Patienten, oplyser HERTZ, at han har foretaget bakteriologisk Undersögelse af nogle af disse Patienter på Sygehuset uden at kunne påvise Difteribaciller i deres Svälg, så at Lidelsen ikke med Rette kan tydes på ovennävnte Måde.

F. Levison.

C. WESSEL: **Om den akute primäre polymyositis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1125.

Forf. meddeler fra Kommunehospitalets 3dje Afdeling 2 Sygehistorier, der af ham tydes som polymyositis acuta infectiosa. Tilfäldene vare karakteriserede ved Begyndelsestemperatur på 39—40° C., som langsomt faldt i Löbet af omtr. 25 Dage til det normale. Blandt

de övrige Symptomer vare särlig Muskelsmerterne fremträdende, og de optrådte i det förste Tilfälde i mange Muskelgrupper på en Gang; Svulst, Ödem eller Infiltration i eller over de angrebne Muskler ikke iagttaget. Almenbefindendet lidende, undertiden Dösighed. Pulsen frekvent, stärk Törst og Sved tilstede. Hos denne Patient optrådte Hämaturi og talrige Blodudträdninger på Underextremiteterne.

Det andet Tilfälde indledtes med Smerter i Halsen og almindelige febrilia, og först efter 10 til 11 Dages Forlöb optrådte Smerter i Armene, senere også i Lårenes og Läggenes Muskler. Her optrådte Svulst på höjre antibrachium, sträkkende sig op på Overarmen; også denne Patient havde stärk Almenliden, tyfös habitus, Törst og Sved. Der var Albuminuri, men ikke Hämaturi tilstede.

Bägge Patienter helbrededes.

F. Levison.

E. W. WRETLIND: **Den patologiska spermatorréns etiologi, patogenes och terapi.** Eira 1895, s. 714.

Framkallas genom lokal retning (från rectum, urethra, prostata och penis) eller härrör från det centrala nervsystemet (sexuel nevrasteni). Vid behandlingen måste lokala rubbningar omsorgsfullt beaktas, af invärtes medel påpekas secale cornutum.

Edgren.

SELCHAU: **Kneippkuranstalter.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1084.

JACOBY: **Kneippkuranstalt.** S. St., S. 1109.

SELCHAU: **Kneippkuranstalt.** S. St., S. 1157.

Red.: **Kneippkuren.** S. St., S. 1178.

Diskussion om Betimeligheden af en påtänkt Kneippkuranstalt ved Silkeborg og Lägestandens Stilling til en sådan.

F. Levison.

Kirurgi och oftalmiatrik: EILER HANSEN: De unge blinde i Danmark. — CHR. F. BENTZEN: Experimentelt Glavkom hos Kaniner og Kammervinklens Betydning for det intraokuläre Tryk. — NORMAN HANSEN: En Skudläsion. — E. SCHMIEGELOW: Endokraniel Komplikation under Forlöbet af en Mellemöresuppuration. Trepanation. Helbredelse. — EMIL MÖLLER: Cystis peritonæi myxomatosa. — JENS SCHOU: Et Tilfälde af Underlivsaktinomykose helbredet ved Jodkalium. — MICHAEL RASMUSSEN: Om Brokinkarceration og taxis. — THORKILD ROVSING: Kastration ved Prostatahypertrofi. — J. ESCHEN: Om Behandlingen af tuberkulös coxitis, särligt med Hensyn til Resultaterne efter konservativ Behandling og efter Resektion. — C. A. LARSEN: Spredte Bemärkninger fra Virksomheden på Amtssygehuset i Varde.

EILER HANSEN: **De unge blinde i Danmark.** Köbenhavn 1895.

Forf. önsker »at besvare Spörgsmålene, om og i hvilket Omfang de sidste Årtiers administrative og hygiejniske Skridt til Forebyggelse af Blindhed have virket, og så vidt muligt påvise, mod hvilke Blindhedsårsager der endnu måtte väre noget at udrette, og da ved hvilke Midler.»

Han kommer til det Resultat, at der er opnået en Aftagen af Blindhedstilfälde ved Blenorré og sympatisk Öjenlidelse, medens derimod Blindhed ved den skrofulöse Öjenbetändelse er bleven mere fremträdende i det sidste Decennium (1883—1892).

Forf. fremsätter et Forslag, hvorved formentlig netop den Blindhedsårsag, Skrofulosen repräsenterer, vil kunne modvirkes, nemlig »at skabe en Institution, der med fornöden Avtoritet og Sagkundskab tager sig af disse Börn *i rette Tid*. Dens Opgave må väre at säge Oplysninger om, hvor og under hvilke Forhold de findes.» Institutionen skal dernäst stötte disse Börn med Råd og Dåd, hvor betryggende Forholdsregler kunne skaffes tilstede i Hjemmet, eller — i modsat Fald — optage dem på et *Asyl for Börn med truende Blindhed*, der skaffede Betingelserne for, at den konstitutionelle Svaghed eller Sygdom kan modarbejdes ved god Forplejning, Lys, Luft og Bade, og Barnet sikres den mest betryggende Behandling af Öjenlidelsen.

J. Bjerrum.

CHR. F. BENTZEN: **Experimentelt Glavkom hos Kaniner og Kammervinklens Betydning for det intraokuläre Tryk.** Doktordisputats. København 1895.

Forf. stiller sig den Opgave, 1) at fremkalde en Sammenvoxning af Kammervinklen og derved Glavkom hos Kaniner, — og 2) at undersöge, om Kaninöjne med experimentelt frembragt Glavkom »filtrere» mindre end normale Kaninöjne, d. v. s. om der går mindre Vädske ud af dem, når der injiceres Vädske i forreste Kammer, end der går ud af normale Kaninöjne under de samme Forsögsbetingelser.

Han finder, at Kradsning af Kammervinklen gennem Incisioner i cornea er den bedste Fremgångsmåde til at fremkalde en solid Adhä-

-ence mellem Irisperiferien og cornea med påfölgende Spändingsforögelse og uden andre komplicerende Forandringer i Öjet.

Undersögelsen af »Filtrationen» i Kaninernes Öjne gav, mener Forf., det Resultat, at de glavkomatöse Öjne »filtrerede» meget mindre end de normale. Han mener derfor, at Kammervinkelsammenvoxningen har medfört en sådan Hindring for Vädskeexkretionen, at den indtrådte Trykforhöjelse derved forklares. *J. Bjerrum.*

NORMAN HANSEN: **En Skudläsion.** Med Diskussion. Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1265.

Pat. sköd sig med en Revolver i höjre Tinding. Kuglen gik igennem bägge orbitæ bagved bulbus oculi og sad sandsynligvis indkilet i v. os zygomaticum.

Diskussion:

Dr. EDM. JENSEN meddeler et Tilfälde af Skudläsion af den ene orbita, hvor der, ligesom for venstre Öjes Vedkommende i N. H:s Tilfälde, fandtes en mälkehvid Farve af en Del af Öjegrunden med normal Papil og normale Nethindekar. Desuden nogle små Hämorragier i Nethinden og Glaslegemet, en lille Ruptur af chorioidea, og i Macularegionen en större grålig Plet. 6 Dage efter Läsionen var den mälkekvide Farve forsvunden, og i Stedet derfor sås en skifergrå Farve med enkelte hvide Pletter.

Dr. BJERRUM erindrer i Anledning af disse 2 Tilfälde om WAGENMANNs Undersögelser over Gennemskäring af aa. cil. post. breves. For så vidt den mälkehvide Farve af Öjegrunden ved Läsioner som de nävnte senere efterfölges af Pigmenturegelmässigheder og Atrofi af chorioidea, må en Ruptur af aa. cil. post. breves antages at väre Årsagen; forsvinder den mälkehvide Farve derimod sporlöst, kan det kun have drejet sig om en commotio retinæ.

J. Bjerrum.

E. SCHMIEGELOW: **Endokraniel Komplikation under Forlöbet af en Mellemöresuppuration. Trepanation. Helbredelse.** Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1262.

12 Års Dreng med kronisk venstresidig Mellemöresuppuration. Der udviklede sig Smerter i Hovedet, Svimmelhed, Opkastninger, langsom Puls (58); normal Temperatur; ingen Pareser; Slövhed. Opmejsling af Mellemöret, som var opfyldt af polypöse Masser; Trepanation af fossa cranii media med Udtömmelse af epidural Absces; Punktur af venstre Tindingelap med negativt Resultat; Trepanation af bageste Hjärnegrube og Punktur af cerebellum; men heller ikke der fandtes pus. Helbredelse.

Tilfäldet er et Exempel på, at en epidural Absces alene kan give Anledning til så betydelige endokranielle Trykfänomener, at man tror at have med en Hjärneabsces at göre.

E. Schmiegelow.

EMIL MÜLLER: **Cystis peritonæi myxomatosa.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1221.

Pat., en 21-årig Kvinde, havde smertefuld Menstration; Smerten lokaliserede sig til venstre Side af Underlivet. Ved Exploration föltes Ömhed af bägge tubæ, der dog ikke vare svulne, men syntes let knudrede; også Ovarierne ömme; ved yderste Ende af venstre tuba föltes en ubestemt begränset, blöd Fortykkelse. Ved Laparotomien fjärnes fra fossa Douglassii en dueägstor, klar, gelatinös Masse, der var indesluttet i en tynd, gennemsigtig Hinde, som syntes at väre kläbet til Bagfladen af venstre lig. latum; på tubæ ses enkelte små, hvidlige Gryn, i Ovarierne Småkyster; bägge Siders adnexæ exstirperes. Godt Forlöb. Hun har siden Operationen ikke haft de tidligere Smerter i Underlivet (sidste Meddelelse 3 Måneder efter Operationen).

Ved Mikroskopien sås en let katarralsk Betändelse af tubæ og småkystisk Degeneration af Ovariet. Kysten omsluttedes af en tynd Bindevävshinde med stjärneformede Celler, dens Indside var klädt med et delvis afstödt Lag af Endotelceller; det gelatinöse Indhold gav Mucinreaktion.

Forf. mener ikke, den lille Kyste har fremkaldt Patientens Tilfälde, — disse skyldes rimeligvis den tubare Lidelse; han er tilböjelig til at tro, at Kysten er et tidligt Stadium af det såkaldte pseudomyxoma peritonæi. *Kr. Poulsen.*

JENS SCHOU: **Et Tilfälde af Underlivsaktinomykose helbredet ved Jodkalium.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1174.

En 50-årig, ugift Kvinde märkede i Slutningen af Året 1894, at hun havde en Svulst nedadtil i höjre Side af Underlivet; hun fik i lang Tid Arsenik; men Svulsten voxede; Aftentemp. var jävnlig lidt forhöjet. Ved en Undersögelse i Januar 95 viste Pat. sig at väre bleg og kakektisk; hele höjre fossa iliaca var optagen af en stor, fast, i Dybden adhärent Udfyldning, der, passerende den udvendige Del af lig. Poupartii, strakte sig en 4 Fingersbredder ned på femur, her fluktuerende på et lille Parti, medens Svulsten ellers var bräthård, ikke öm for Tryk. Den forvoldte hende heller ingen Smerter. Ved Incision på det fluktuerende Parti udtömtes lidt pus, der indeholdt Aktinomykosiskorn. Hun fik da stigende Doser Jodkalium, indtil 9 Gm om Dagen; Udfyldningen aftog lidt efter lidt, og den var borte efter et Par Måneders Forlöb under et Forbrug af 300 Gm Jodkalium; på Incisionsstedet resterede en lille Fistel; Sonden trängte op mod Ligamentet; et videre Forbrug af 100 Gm Jodkalium var uden Virkning, hvorfor Fistlen spaltedes og udskrabedes, uden at det dog lykkedes at påvise Aktinomykosiselementer i Granulationerne. Noget efter komplet Heling (Avgust 95), og hun har senere befundet sig vel.

Skönt man nu ved, at actinomycosis ofte tenderer mod spontan Heling, er Forf. dog tilböjelig til at tro, at det anvendte Jodkalium har haft Betydning, — den store Udfyldning svandt allerede efter 2 Måneders Forlöb, så at Medikamentets Indflydelse näppe kan benägtes. Som så ofte er Lidelsen i dette Tilfälde rimeligvis udgået fra proc. vermiformis. *Kr. Poulsen.*

MICHAEL RASMUSSEN: **Om Brokinkarceration og taxis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1245.

Forf. anbefaler ved taxis at anvende en let, vedholdende Kompression af Herniet i Stedeu for den forcerede taxis, der ofte bruges. Han har med Held flere Gange fået Herniet ind ved den lette, for Patienten smertefri Kompression, ved hvilken Narkose ikke var nödvendig. Han mener, at Inkarcerationen väsentlig beror på venös Stase; ved Kompressionen forceres de tillukkede Vener, hvorved Stasen ophörer og Brokket kan reponeres. *Kr. Poulsen.*

THORKILD ROVSING: **Kastration ved Prostatahypertrofi.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1101.

Fölgende Tilfälde refereres: 85-årig Mand, hos hvem der i 11 År havde väret komplet Urinretention. I sidste Par År var Kateterisationen bleven vanskelig; man havde måttet bruge tyndere og tyndere Nummere; selv med Nr 8 Charrière havde man Besvär, idet der kom Blödninger og Smerter ved Indförelsen. Urinen blev mere og mere purulent. Prostata var betydelig forstörret, som en Appelsin. Der foretages d. $^4/_7$ 95 dobbeltsidig Kastration, Sårene lukkes komplet, reaktionslös Heling, et indlagt Kateter à demeure Nr 8 fjärnes 3 Dage senere, og allerede da skönnes prostata betydelig aftagen i Störrelse (omtrent $\frac{1}{3}$); Pat. kateteriserede sig med Lethed, og Urinen blev klar. D. $^{15}/_8$ kvitterede han Urinen 1ste Gang spontant, en 30 Kcm.; prostata var svunden til det halve. D. $^{28}/_9$ lader han også Vandet om Natten; ved Forsög på ikke at bruge Kateteret viser det sig, at der er omtr. 300 Kcm. Residualurin. Han tömmer herefter Blären Morgen og Aften. Ved Undersögelse d. $^{19}/_{10}$ viser det sig, at han befinder sig vel, daglig spontan Afföring (Defäkationen för Operationen meget hård og besvärlig); han lader Vandet både Dag og Nat, der er midt på Dagen en 30 Kcm. Residualurin; han tömmer sin Bläre hver Aften; Urinen er klar, sur, viser kun Spor af Äggehvide.

Forf:s Tilfälde harmonerer ikke med GUYONs arteriosklerotiske Bläreparese, ej heller med den mekaniske Teori; ti prostata er endnu ret betydelig hos Patienten. Forelöbig kan der ikke gives nogen Forklaring på den ret gådefulde Virkning af Kastrationen.

Kr. Poulsen.

J. ESCHEN: **Om Behandlingen af tuberkulös coxitis, särligt med Hensyn til Resultaterne efter konservativ Behandling og efter Resektion.** Doktordisputats. Köbenhavn 1895. 100 Sider.

Forf. har fra de köbenhavnske Hospitaler samlet 233 Coxitistilfälde, der ere behandlede i den sidste halve Snes År; de 33 anser han for tvivlsomt tuberkulöse, medens han om Resten ikke närer Tvivl om Lidelsens tuberkulöse Natur. Selvfölgelig er der behandlet flere Patienter under Diagnosen arthroitis coxæ; men Forf. har kun holdt sig til sådanne Tilfälde, hvor han mente, det drejede sig om en tuberkulös Affektion. På 5 Undtagelser när har han Oplysninger om sine Patienters senere Skäbne. De statistiske Sammenstillinger, han gör af

sit Materiale, må eftersees i Afhandlingen, i hvilken findes et kortfattet Uddrag af Journalerne.

Han kommer til följgende Resultater:

1) »Prognosen for det enkelte Tilfälde beror mindre på den forhåndenvärende lokale Tilstand end på Patientens Almentilstand og navnlig på Tilfäldets Art; det har mindre at betyde, om Tilfäldet er langt fremskredet med Absces eller Fistel, ja selv med Bäkkenperforation, end om det er et fra Begyndelsen af rapid forlöbende og af höj Feber ledsaget Tilfälde.»

2) »Delvis aflöben coxitis og väsentligst extraartikulär Lidelse bör kun undtagelsesvis behandles med Resektion, men i Regelen med Vägtextension og Immobilisation i längere Tid og under Omständigheder med Incision for at fjärne sekvestrerede Brusk- eller Bendele eller for at tömme Abscesser og udrense tuberkulöse foci samt for at indbringe Jodoformemulsion.»

3) »Man bör aldrig resecere ved tuberkulös coxitis i 1ste Stadium» (af 18 Patienter döde 22 %, hos 17 % var Enderesultatet godt, temmelig godt hos 11 %, slet hos 50 %).

4) »Ved fremadskridende, ikke särlig akut coxitis bör man i Almindelighed fortsätte den konservative Behandling, indtil der er konstateret Absces, og selv da kun gå over til Resektion, når Almentilstanden er i truende Tilbagegang; man bör navnlig ikke skride til tidlig Resektion, når der er Bedring ved kortvarig konservativ Behandling og Forvärrelse, så snart denne seponeres; den konservative Behandling bör da netop fortsättes i längere Tid, for at Tilfäldet kan få Lejlighed til at komme rigtigt til Ro og de vundne Fordele få Tid til at konsolideres ved Ankylosedannelse eller ved solid Indkapsling af focus.»

5) »Ved akute febrile Tilfälde (ofte ledsagede af stärke Infiltrationer om coxa) samt ved Bäkkenabsces bör man hurtigt skride til Resektion.»

Kr. Poulsen.

C. A. LARSEN: **Spredte Bemärkninger fra Virksomheden på Amtssygehuset i Varde.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1106, 1141.

Anbefaler varmt de THIERSCHske Transplantationer. Skal et stort Sår däkkes, narkotiseres Pat., Lapperne udskäres og opbevares i lunkent sterilt Vand; derefter afbrydes Narkosen, og Lapperne, hvis Rande afklippes, lägges på Såret, hvor de däkkes med Gazekompresser, dyppede i Borvand; udenpå kommer Guttaperkapapir og sterilt Vat samt et fastsiddende Bind; Bandagen skiftes efter 3 Dögns Forlöb.

Dernäst refereres 2 Laparotomier, bägge explorative; i den förste drejede det sig om et stort, sarkomatöst degenereret ovarium, der var meget adhärent, hvorfor det lodes urört; Pat. döde nogle Måneder senere, Laparotomisåret helede reaktionslöst. I det andet Tilfälde stilledes Diagnosen: extrauterin Graviditet; ved Laparotomien viste det sigt at uterus var hård og stor med fibrinöse Belägninger, der var Svuls,

af bägge ligg. lata. I den Tro, Diagnosen var gal, lukkedes Såret; en 14 Dage senere udviklede der sig en Absces på höjre Side af den forstörrede uterus, den åbnes over lig. Poupartii, rigeligt Pusudflod og noget senere Extraktion af et macereret 3 Måneder gammelt Foster; Abscesserne bröd ind i rectum. Til sidst Helbredelse.

På en 2 Års Dreng har Forf. ved sectio alta fjärnet en Sten på 10 Gm. Dränage af Blären gennem Abdominalsåret. Helbredelse.

Der er indtrådt et Narkosedödsfald ved Kloroform. Det var en 11 Års Dreng, på hvilken der blev gjort seqvestrotomia femoris; Sekvestret var fjärnet, da Respirationen pludselig standsede. Han havde fået en 20 Gm Kloroform på ESMARCHs Maske.

Til Slutning anbefaler Forf. at lukke Ätylkloridflaskerne, som ikke have särlig konstrueret Lås, med et Stykke amerikansk Häfteplaster; der sker da ingen Fordampning. De så kaldte Knystringe har han med Held brugt ved begyndende decubitus, eller hvor en Benprominens var udsat for Tryk, således ved Anläggelsen af SAYREs Bandager for spondylitis.

Kr. Poulsen.

Psykiatri: C. LANGE: Om periodiske Depressionstilstande og deres Patogenese. — KNUD PONTOPPIDAN: To psykiatriske Afhandlinger. — C. LANGE: Et Par Ord om den periodiske Depression.

C. LANGE: **Om periodiske Depressionstilstande og deres Patogenese.** Andet Oplag. Med en Efterskrift. Köbenhavn 1895.

Bogen er et uforandret Oplag af det Foredrag, som Forf. holdt i Januar 1886; men der tilföjes i en Efterskrift på en halv Snes Sider en Del Bemärkninger til Forsvar og närmere Redegörelse for de den Gang udtalte Anskuelser. Ved sin senere Erfaring har Forf. fölt sig yderligere bestyrket i Rigtigheden af sin Opfattelse af Urinsyrediatesens Forhold til den periodiske Depression. Overfor den Bebrejdelse, der er rettet imod ham, at han ikke har udfört et stort Antal kvantitative Urinsyrebestemmelser, hävder han det unyttige heri bortset fra Vanskelighederne ved den praktiske Gennemförelse. Diagnosen af en tilstedevärende Urinsyrediatese kan slet ikke grundes på en Påvisning af Urinsyrens Forhold i den udtömte Urin, men må stöttes på Tilstedevärelsen af artritiske Ledaffektioner, Nyrekonkrementer eller Urinsyresedimenter. Hvor sådanne mangle, kan i mange Tilfälde den arvelige Disposition väre af Betydning, idet den hyppigt fremträder på den Måde, at Patienterne vise sig at nedstamme fra Personer, der have frembudt tydelige Tegn på en tilstedevärende Diatese. Med Hensyn til Behandlingen advarer Forf. navnlig mod Brugen af Opium og Bromkalium i disse Tilfälde. Og endelig drager Forf. på ny til Felts mod »Nevrastenien» og de Ulykker, dette Navn efter hans Mening har anrettet ved at däkke over en Räkke funktionelle Nevroser, som derved ikke ere blevne skilte tilbörligt ud fra hinanden.

P. D. Koch.

KNUD PONTOPPIDAN: **To psykiatriske Afhandlinger.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1204 og 1231.

Anmäldelse af C. LANGE: *Om periodiske Depressionstilstande og deres Patogenese*, 2det Oplag, — og af CHR. GEILL: *Nogle Bemärkninger angående den moderne Sindssygebehandling.*

I. Forf. erklärer sig uenig med LANGE i hans Opfattelse af »den periodiske Depression» som en Sygdom, der er forskellig fra Melankolien. Den kan antages at skyldes forskellige Årsager og måske derefter også at antage forskellige kliniske Former; men den er en Melankoli in optima forma, og Behandlingen må i det väsentlige blive den for denne Lidelse almindeligt anerkendte. Der udtales en Tvivl om, at alle de af LANGE herhen regnede Tilfälde, som synes at repräsentere et uforholdsmässigt stort Antal, også virkelig allesammen höre ind under den opstillede Kategori. For virkelig at kunne fastslå Sygdommens Afhängighed af en urinsur Diatese må der kräves en Påvisning af, at der består et fast Forhold imellem dem, og uden en sådan, ved Hjälp af kvantitative Urinsyrebestemmelser, vil LANGEs Teori vedblive at väre en Hypotese. Men selv om det lykkes at påvise et sådant fast Forhold, må det yderligere godtgöres, at den tilstedevärende Forögelse eller Formindskelse af Urinsyremängden ikke er et rent sekundärt Fänomen, og det må undersöges, om den ikke spiller en Rolle også ved andre Psykoser. Endelig fremsättes forskellige Indvendinger mod LANGEs Udtalelser om Periodiciteten og Arveligheden så vel som mod hans Angreb på Benyttelsen af »Nevrastenien» som Sygdomsbetegnelse.

II. Om GEILLs *Bemärkninger* o. s. v. udtaler Forf. bl. a., at der heri ikke tilsträkkeligt skelnes mellem Sindsyge*pleje* af de uhelbredelige og Sindssyge*behandling* af de helbredelige, akute Tilfälde. Overfor de sidste fremhäver han Nödvendigheden af *små* Hospitaler med tilsträkkelig virksomt Tilsyn og alle de moderne Sygehuses almindelige Hjälpemidler. Han udtaler sig for en konsekvent Bekämpelse af Cellebehandlingen, som han også specielt for sin egen Afdelings Vedkommende på Kommunehospitalet anser for uhensigtsmässig.

P. D. Koch.

C. LANGE: **Et Par Ord om den periodiske Depression.** Hosp.-Tidende, R, 4, Bd 3, S. 1235.

Replik til Prof. PONTOPPIDAN i Anledning af hans Udtalelser i Hosp.-Tidende, S. 1204 ff. Forf. mener, at disse väsentlig skyldes Misforståelser. Särligt fremhäver han, at Periodiciteten i Nervesygdomme efter hans Formening temmelig nöjagtigt har det samme Område som Urinsyrediatesen, altså skyldes denne. De nervöse Affektioner, som overhovedet kunne opstå på Grundlag af denne Diatese, ere — foruden den periodiske Depression — den periodiske Sövnlöshed, den periodiske frigor morbidus, det periodiske nervöse astma, den periodiske pruritus nervosus, den periodiske urticaria, det periodiske angionevrotiske Ödem, det periodiske nevrotiske Ekzem, visse periodiske Kardialgier og den periodiske Ansigtsnevralgi. Men hermed mener Forf. også, at de periodiske nervöse Affektioner ere nävnte. Også for

Ärvelighedens Vedkommende hävder Forf., at dens uhyre Betydning for Nervesygdommene i mange Tilfälde netop beror på disses Afhängighed af Urinsyrediatesen. *P. D. Koch.*

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: C. RASCH: Om papillomatosis universalis. — E. EHLERS: Fortsatte Bidrag til Bedömmelser af den spedalske Sygdoms Årsagsforhold. — A. APZELIUS: Badbehandling vid hudsjukdomar.

C. RASCH: **Om papillomatosis universalis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1077.

Forf. meddeler den detaljerede Sygehistorie med påfölgende Sektion af en 79-årig Mand, på hvem der på Kommunehospitalets 1ste Afdeling gjordes sectio alta for en Blärelidelse (Papillom i Bläreväggen). Spredte på Krop og Lemmer fandtes hos dette Individ omtrent 20 ärte- indtil nöddestore fibromatöse og papillomatöse nævi, desuden flere hundrede seborroiske Vorter, fremdeles spredte xantomlignende Småsvulster i Huden, endelig ärte- indtil valdnödstore polypöse Svulster i rectum. Af denne Koincidens vil Forf. väre tilböjelig til at slutte, at Blärepapillomer ofte ere af kongenital Oprindelse, indvendige nævi, så meget mere som sammes Bygning også stemmer med den af de multiple papillomatöse nævi. At Papillomerne först ere udviklede i en sen Alder, stemmer med Iagttagelser også fra sädvanlige kutane nævi, og de seborroiske udvikles först ret i Oldingealderen. Forf. udhäver, at der ikke findes nogen Väsensforskel mellem de benigne Papillomer i Blären og Epiteliomer, at Papillomerne kun danne et Stadium i Udviklingen af disse sidste, ligesom bägge Former kunne forekomme samtidigt. Forf. omtaler endelig forskellige i Literaturen foreliggende Erfaringer om den samtidige Forekomst af kutane nævi (Xantom, xeroderma pigmentosum, acanthosis nigricans) og kongenite viscerale Svulster. *R. Bergh.*

E. EHLERS: **Fortsatte Bidrag til Bedömmelser af den spedalske Sygdoms Årsagsforhold.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1199, 1224.

Som Fortsättelse af en i 1894 given Oversigt over Forhold, der styrke den äldgamle Antagelse, at den spedalske Sygdom er smitsom, henleder Forf. Opmärksomheden på forskellige nyere herhen hörende Bidrag. Först og fremmest gives et Uddrag af en Beretning fra en af Kapkoloniens Regering nedsat Kommission; her refereres en med den ARNINGske Iagttagelse stemmende positiv Inokulation. Dernäst omtales Beretningerne om Epidemierne ved Memel og i Riga. Derefter fölger en detaljeret Beretning om Forholdene ved 17 nyopdagede Tilfälde af Spedalskhed, som Forf. har fundet ved sin sidste Rejse, og hvorved Antallet af de af ham iagttagne islandske spedalske er steget til 119. Af samme 119 Tilfälde opviste de 56 Spedalskhed i Fa-

miljen, de 63 ingen; og kun hos 22 synes der at kunne tales om en dog falsk Arvelighed, idet Forældrene först länge efter Börnenes Födsel have vist lepröse Tegn. Forf. anser Smitte i Ägteskabet for jävnligt forekommende, men kunde kun påvise den i 5 Tilfälde og i anästesisk Form. Samme sidste Form synes Forf. tilböjelig til at betragte som en mere mitigeret Form, ligesom han overhovedet mener, at der forekommer mitigerede, nästen abortive, ligesom latente Former af Spedalskheden, som Exempel på hvilket han citerer et af KÖNIG (1888) meddelt Tilfälde; hvorved Forf. også polemiserer mod den antagne meget lange, indtil 10-årige Inkubation af Lidelsen. Som sådanne abortive Former af Lidelsen refererer Forf. 3 af ham sete Tilfälde hos 30—67-årige Individer. Slutteligt meddeler han to Tilfälde af begyndende lepra anæsthesica, for hvilke Anästesien kun viste sig som Ufölsomhed for Klöe. *R. Bergh.*

A. AFZELIUS: **Badbehandling vid hudsjukdomar.** (Föredrag vid läkaremötet i Lysekil 2—4 sept. 1895.) Eira 1895, s. 679.

Såsom läkare vid en af Sveriges mera besökta badorter har förf. haft tillfälle att iakttaga nyttan af bad vid flere former af hudsjukdomar.

Vid akuta, vätskande ekzem kunna bad ofta med fördel användas såsom helbad eller klibad, hälst med tillsats af litet sublimat. Ett viktigt vilkor för badens användning vid dessa sjukdomsformer är, att badet efterföljes af applikation af någon lämplig salva. — Vid akuta, torra, papulösa, starkt hettande och kliande ekzem verka bad svalkande och klådlindrande. Baden gifvas här korta, ljumma och utan retande tillsatser. I stället för helbad kunna äfven ljumma regnduschar användas. Dock förekommer det, att badbehandling vid vissa fall af ekzem als icke fördrages, hvarföre individualisering äfven i afseende på denna behandling är nödvändig. — Äfven vid kroniska ekzem kunna de med fördel användas, särskildt då ekzemet är förenadt med hyperkeratos. Baden gifvas här af längre duration (30—60 minuter) och af något högre temperatur, dock ej öfverstigande 37° C., likasom deras macererande verkan kan förhöjas genom tillsats af glycerin, gelatin, stärkelse, soda, pottaska. Specifik verkan fås genom tillsats af svafvellefver eller tjära. Särskild uppmärksamhet egnas åt tjärbaden, hvilkas indikationer och utförande noga beskrifvas. De rekommenderas, utom vid lichenifiering af huden, ekzem af tydligen mykotisk natur och dermatomykoser utan ekzem, äfven vid psoriasis.

Förf. påpekar därefter, huru som det ofta kan vara fördelaktigt i fall af oupphörligt recidiverande exzem, där man måste tänka på någon inre orsak eller ett konstitutionelt lidande, att icke behandla ekzemet lokalt med bad utan rikta behandlingen mot den supponerade konstitutionela orsaken, t. ex. medelst kallvattenkur, och anför ett par på detta sätt med framgång behandlade fall. — En sådan efter patientens allmänna tillstånd inrättad badbehandling torde också vara att försöka vid vissa former af urticaria, lichen planus och nevrodermiterna i allmänhet.

Till slut beskrifves behandlingen medelst bad af prurigo, ichthyosis och psoriasis. Vid den sist nämnda har förf. sett synnerligen god verkan af tjärbaden, särskildt om de förenas med en krysarobinkur.

Sederholm.

Obstetrik och gynekologi: LEOPOLD MEYER: Vending på Hovedet ved udvendige Håndgreb.

LEOPOLD MEYER: **Vending på Hovedet ved udvendige Håndgreb.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 6, S. 573.

Efter en kort Redegörelse for Anvendeligheden af Vending på Hovedet ved udvendige Håndgreb, eller som den for Kortheds Skyld benävnes: udvendig Hovedvending, gennemgår Forf. de to Metoder, den direkte og den indirekte Metode, hvorpå den udvendige Hovedvending kan udföres. For at illustrere Fordelene ved den udvendige Hovedvending udvälger han blandt de Födselstilfälde, hvor han har anvendt den, tre Tilfälde, som han ledsager med orienterende Bemärkninger. På given Anledning (det 3dje Tilfälde) gör han nogle korte Bemärkninger om den manuelle Omdannelse af Ansigtsstillingen til Issestilling. *F. Nyrop.*

Pediatrik: HIRSCHSPRUNG: Tilfälde af medfödt Forsnävring af Spiseröret.

HIRSCHSPRUNG: **Tilfälde af medfödt Forsnävring af Spiseröret.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1149.

Et sådant Tilfälde iagttog Forf. på Dronning Louises Börnehosp., hvor Barnet indlagdes 5 Måneder gammelt. Det trivedes ikke, uagtet det syntes at tåle Mälk godt og navnlig ikke havde lidt af Bräkninger för kort forud for Indläggelsen, da der opstod en akut gastroenteritis. Heller ikke i Hospitalet opdagedes Vanskelighed ved Synkningen för efter et Par Ugers Forlöb; en indfört Sonde standsede da 15 Cm. fra Gummerne.

Ved Sektionen sås de överste to Tredjedele af œsophagus stärkt udvidede, derefter fulgte et stärkt indsnävret og så et mindre, naturligt Parti; gennem det forsnävrede Parti kunde en almindelig Sonde netop tränge. Det överste, udvidede Stykke var fortykket, särlig muscularis, det nederste naturligt. Väggen af Strikturstedet var meget tynd, så at de enkelte Lag ikke kunde skelnes. Der kunde ikke fra Omgivelsernes Side påvises nogen Årsag til Strikturen. *G. G. Stage.*

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: J. BOCK: Experimentelle Undersögelser over Kulilteintoxikationen. — C. G. SANTESSON: Krämpfe und Curarewirkung. — N. KULNEFF: Försök på kaniner med ättiketer, etyleter, alkohol och blandning af ättiketer, alkohol och ättiksyra. — A. WIDE: Om badformer och behandling vid Lysekils hafskuranstalter. — A. WIDE: Kolsyrebadets tillredning och användning.

J. BOCK: **Experimentelle Undersögelser over Kulilteintoxikationen.** Afhandl. for Doktorgraden i Medicin. Köbenhavn. W. Priors Forlag 1895.

Forf. begynder sit Arbejde med en Undersögelse af Kuliltehämoglobinets Dissociationskurve, udfört i det BOHRske Absorptiometer. Resultatet heraf er, at Kuliltehämoglobinets Dissociation ved aftagende Kuliltetryk kun tiltager i meget ringe Grad indtil et Tryk af 0,7—0,9 Mm. Först herfra indträder en stärkere Dissociation af Forbindelsen. Dissociationskurven har samme Form ved 20° og ved 37°, og Hämoglobinet optager samme Mängde Kulilte ved de 2 Temperaturer. Derimod er den pr. Gram Hämoglobin optagne Kuliltemängde forskellig, eftersom Blodet er taget fra forskellige Dyr eller fra samme Dyr under forskellige Omständigheder.

Forf. undersöger dernäst Variationer af den i Blod og Hämoglobin pr. Gram Järn optagne Kuliltemängde, d. e. Blodets specifiske Kulilteholdighed. Han finder derved, at den samme Indflydelse, som Åreladning og Krystallisationsforhold udöve på Hämoglobinets Iltbinding, genfindes ved Kulilteoptagelsen. Han finder end videre, at Åreladning med efterfölgende Klornatriuminfusion kan nedsätte den Iltmängde, Hämoglobinet under en partiel Kulilteforgiftning formår at binde, og forkaster derfor den af mange tilrådede Åreladningsbehandling ved en sådan Forgiftning.

Det näste Kapitel indeholder Forsög over Kuliltens Optagelse sammen med andre Luftarter. Det ses deraf, at Kulilte og Kulsyre optages fuldständigt uafhängig af hinanden og at, når Blod rystes med Luft, indeholdende en ringe Mängde Kulilte, hengår der meget lang Tid, inden Hämoglobinet fuldtud har optaget den Kuliltemängde, det overhovedet under disse Omständigheder kan optage.

Forf. undersöger derefter Kredslöbets Hastighed og det respiratoriske Stofskifte under Kulilteforgiftningen. Hastigheden findes langt ringere end under normale Forhold. Respirationskvotienten stiger under Indånding af CO og falder efter dennes Ophör. End videre påviser han det yderst interessante Forhold, *at Kulsyredannelsen under Kulilteforgiftning for den langt overvejende Del er henlagt til Lungen, og at den overvejende Del af Ilten ligeledes forbruges i Lungen, hvoraf fölger, at Forbrändingen under denne Forgiftning väsentlig foregår i Lungen, der altså träder vikarierende til for Vävene.*

Forf. går nu over til at pröve Kuliltens Giftighed lige over for forskellige Dyrearter. Han konstaterer derved, at Mus, der i Kulde ind-

ånde en svag kulilteholdig Luft, kunne nedsätte deres Temp. betydeligt og derved fremkalde en Tilstand, i hvilken de meget länge kunne tåle Indåndingen af en Kulilteprocent, der hurtigt virker dräbende på dem, når Omgivelsernes Temp. forhindrer et större Fald af Dyrets Legemstemperatur. Musenes Egenvarme kan herved falde indtil 9,6°, en Temp., som er betydelig lavere end de Temp., som, når Vintersovere undtages, hidtil ere iagttagne hos voxne Pattedyr med naturlig Respiration. I denne Tilstand falder Stofskiftet hos Dyrene, når Omgivelsernes Temp. synker, og stiger, når Temp. stiger. Dyrene forholde sig altså ganske som de koldblodige Dyr. Den samme Tilstand kan, som Forf. påviser, fremkaldes ved Indånding af iltfattig Luft.

Som man ser, er det meget betydningsfulde Resultater, Forf. på flere Punkter er nået til gennem dette Arbejde, der tillige indeholder en Mängde nyttige Vink på den fysiologiske Metodiks Område.

N. P. Schierbeck.

C. G. SANTESSON: **Krämpfe und Curarewirkung.** (Aus d. physiol. Laboratorium des Carol. Instituts in Stockholm.) Skand. Arch. f. Physiologie, bd 6 (1895), s. 308—331.

Förf. har med den af BŒHM angifna »Metode der Ermüdungsreihen» (Arch. f. exp. Path. u. Pharm., bd 35, s. 16) på grodor (temporaria) undersökt det inflytande, som den af vissa krampgifter utlösta krampen utöfvar på utvecklingen af kurareartad förlamning. Flere sådana gifter framkalla, om inflytandet af krampen uteslutes genom afskärande af den motoriska nerven (ischiadicus), blott en helt svag kurareverkan, så obetydlig, att den af många förnekats. Med BŒHMs ofvan nämnda metod låter sig emellertid äfven i detta fall vanligen en lindrig verkan i nämnda riktning påvisas. *Stryknin* befordrar genom de krampanfall, som det förorsakar, i hög grad utvecklingen af kurareverkan — först en abnormt stor uttröttlighet, därefter fullständig förlamning af de motoriska nervernas ändapparater i musklerna. Uteslutes inverkan af krampen, är strykninets kurareverkan helt obetydlig, ibland knapt påvisbar. På liknande sätt förhålla sig *morfin* och *hydrastin*. Dessa gifters likasom strykninets kurareverkan träda just därigenom tydligast i dagen, att krampen så hastigt och så starkt angriper de motoriska nervändapparaterna. — Om genom arterunderbindning strykninets tillträde till en extremitet förhindras, framkallar krampen blott ringa eller ingen nämnvärd trötthet, medan den i förgiftade extremitetens muskler förorsakar höggradig eller fullständig kurareförlamning. Tetaniserande retning af nerven verkar på samma sätt som strykninkramp. — *Brucin* är, äfven oberoende af krampen, ett vida starkare kuraregift än stryknin, hos temporaria så väl som hos esculenta. — *Hydrastenin* (intet krampgift) besitter en ganska stark kurareverkan, som sannolikt är att uppfatta såsom defekt af däri ingående metylisokinolin.

Förf.

N. KULNEFF: **Försök på kaniner med ättiketer, etyleter, alkohol och blandning af ättiketer, alkohol och ättiksyra.** Eira 1895, s. 721—723.

Förf:s försök utgöra bidrag till belysande af salubrinfrågan. Han anför såsom resultat, att ättiketer — till skilnad från etyleter — är ett sedativum och hypnoticum. Ättiksyra subkutant synes utöfva en ganska häftig giftverkan. *C. G. Santesson.*

A. WIDE: **Om badformer och behandling vid Lysekils hafskuranstalter.** Eira 1895, s. 647.

En öfversikt lemnas öfver de badformer och den behandling, som är den mest brukliga i Lysekil: helbadet eller karbadet, gyttjebadet, tallbarrsbadet, Kreuznacherbadet, Nauheimerbadet, det torra varmluftsbadet, det fuktiga varmluftsbadet, halfbadet, sittbadet, det kalla hafsbadet och det mäktiga luftbadet, hvilket enhvar vid vestkusten är underkastad. *Edgren.*

A. WIDE: **Kolsyrebadets tillredning och användning.** Eira 1895, s. 686.

Badet beredes genom att en lösning af klorkalcium och sesquikarbonat först inblandas, och sedan tillsättes saltsyra under försiktig omröring. *Edgren.*

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: GEILL: Retsmedicinsk Kasuistik. — En Abortsag for en Krigsret. — BÖCHER: Om obligatorisk Ligsyn ved Läger. — Forandringer ved medicinsk Examen. — Den almindelige danske Lägeforenings 23de Möde, afholdt i Köbenhavn den 29 og 30 Avg. 1895. — C. WALLIS: Läkarekonstens ställning till skolhygien. — Sygekasseinspektörens Indberetning til Indenrigsministeriet om de anerkendte Sygekassers Virksomhed i 1894. — HASLUND: I Anledning af Flytningen af det Kgl. Frederiks Hospital, Födselsstiftelsen og de lägevidenskabelige Instituter. — MYGIND og *Red.*: Bemärkninger i Anledning af den nye Plan til det Kgl. Frederiks Hospitals Flytning. — Opförelsen af en ny Hospitalsbygning på Frederiksberg. — P. S. LANDELIUS: Hälsovårdsanordningar i ett mindre samhälle. — CHR. JÜRGENSEN: Det hygiejniske Bageri. — A. ULRIK: Kritisk Anmäldelse af fornävnte Arbejde. — CHR. JÜRGENSEN: Bemärkninger i Anledning af Kredsläge ULRIKS Anmäldelse. — I. C. GERNER: Skrofulöse Börns Ophold i Snogebæk i Året 1895. — Sanatorier for brystsyge. — POUL HEIBERG: Er Difteriens Intensitet i Köbenhavn under konstante »ydre Forhold» konstant eller varierende? — JUL. PETERSEN: Variolation og Vakcination. — M. SIMON: Förslaget till nytt vakcinationsreglemente. — FABIAN ROSSANDER: Till vakcinations- och immunitetsfrågan. — K. LINROTH: Om våra offentliga skyddsåtgärder mot kolera.

GEILL: **Retsmedicinsk Kasuistik.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1221.

To Selvmordstilfälde refereres og dröftes fra et retsmedicinsk Standpunkt, det ene fremkaldt ved Suffokation, idet en 64-årig kvindelig Melankoliker havde tilstoppet Mundhule og Näsebor med Franskbröd og andre Maddele; det andet bestående i Hängning med forudgående eller samtidigt Revolverskud gennem Hovedet; det sidste angik en 66-årig Mand, som led af senil Demens med Depression.

Ax. Ulrik.

En Abortsag for en Krigsret. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1202.

Närmest efter Bornholmske Dagblade refererer Ugeskr. for Läger en ejendommelig Retssag, under hvilken en Militärläge ved en Stabskrigsret tiltaltes for at have ladet en levendefödt, men ikke levedygtig, efter ganske kort Tids Forlöb död Abort begrave uden at göre Anmäldelse for Sogneprästen og uden at udfärdige nogen Dödsattest.

Det har hidtil väret en almindelig Antagelse blandt Läger, at et ikke levedygtigt Foster, der födtes för Udgangen af 28de Svangerskabsuge, selv om det efter Födslen havde givet kortvarige Livstegn fra sig, kunde behandles i Lighed med dödfödte Aborter, d. e. begraves uden forud at anmäldes og uden Dödsattest, og en Del af Medicinalavtoriteterne udfärdigede Cirkulärer og Anvisninger syntes at stötte denne Opfattelse.

Stabskrigsretten frifandt under Hensyn hertil Tiltalte; men af Generalavditören sendtes Sagen tilbage til fornyet Påkendelse, at her uanset Medicinalavtoriteternes Opfattelse måtte antages at foreligge en

Overträdelse så vel af Ligsynsloven som af Skifteloven, og ved den derefter afsagte nye Krigsretsdom ikendtes Lägen en Böde af 50 Kr.

I Fölge Ugeskriftet forberedes der fra Sundhedskollegiets Side fornödne Skridt til at retlede Läger og Jordemödre i bemäldte Henseende.

E. M. Hoff.

BÖCHER: **Om obligatorisk Ligsyn ved Läger.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1152.

I Modsätning til den ved Lov af 2 Jan. 1871 givne Hjemmel for Ligsyn på Landet ved Ligsynsmänd hävdes Nödvendigheden af en Reform, som indförer obligatorisk Ligsyn af en avtoriseret Läge ved ethvert Dödsfald. *Ax. Ulrik.*

Forandringer ved medicinsk Examen. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1149.

Red. billiger de ved kgl. Resolution af 18 Sept. 1895 skärpede Fordringer til medicinsk Examen, men kunde dog önske nogle Forandringer: Afskaffelse af Karakteren Haud II og Ophävelse af den Bestemmelse, at to Karakterer for medicinsk Forberedelsesexamen medregnes til Embedsexamen. *Ax. Ulrik.*

Den almindelige danske Lägeforenings 28de Möde, afholdt i København den 29 og 30 Avg. 1895. Fölgeblad til Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, Nr 49.

Udförlig Beretning om de tidligere efter en forelöbig Meddelelse refererede Forhandlinger. *Ax. Ulrik.*

C. WALLIS: **Läkarekonstens ställning till skolhygien.** Förhandl. vid 7:de allm. sv. läkaremötet. Stockholm 1895, s. 125.

Framställningen utmynnar i förslag till resolution, som ock af mötet bifalles: skolhygien införes i seminarierna som läroämne, och ritningar till folkskolehus underställas granskning af sakkunnig myndighet.

E. Almquist.

Sygekasseinspektörens Indberetning til Indenrigsministeriet om de anerkendte Sygekassers Virksomhed i 1894. København 1895.

I 1894 er der anerkendt 79 Sygekasser, nemlig 2 i København, 9 i Provinsbyerne, 30 i Östifternes Landdistrikter og 38 i Jyllands Landdistrikter. Skönt Aldersforholdene ere gunstigere i Bykasserne (särlig de københavnske) end i Landkasserne, er Sygeligheden gennemsnitlig störst i Bykasserne. I de sidstnävnte, särlig de københavnske, falder et större Antal Sygedage på mandlige end på kvindelige Medlemmer. Sygekasseinspektören har holdt 7 Möder med de anerkendte Sygekassers Tillidsmänd i Roskilde, Maribo, Odense, Horsens, Randers, Aalborg og København. *Ax. Ulrik.*

HASLUND: **I Anledning af Flytningen af det Kgl. Frederiks Hospital, Födselsstiftelsen og de lägevidenskabelige Instituter.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1156.

Forf. påtaler Mangelen af en Afdeling for Hudsygdomme og veneriske Sygdomme i den foreliggende Plan for et nyt Frederiks Hospital og foreslår Indförelse af Examination i disse Fag ved Lägeembedsexamen. Til Stötte herfor anföres Exempler på diagnostiske Fejltagelser, som kunne skyldes en mangelfuld Uddannelse af vedkommende Läger på dette Område. *Ax. Ulrik.*

MYGIND og *Red.*: **Bemärkninger i Anledning af den nye Plan til det Kgl. Frederiks Hospitals Flytning.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1184.

MYGIND udtaler Önsket om, at der knyttes en mindre Hospitalsafdeling til den i den foreliggende Plan påtänkte Poliklinik for Öre- og Halssygdomme.

Red. kan ikke slutte sig hertil, men hävder, at Patienter med Öresygdomme, som kräve operativ Behandling, bör henvises til kirurgisk Afdeling. Lejlighedsvis udtales Tilslutning til Prof. HASLUNDs Påtale af Mangelen af en Specialafdeling for Hud- og veneriske Sygdomme. *Ax. Ulrik.*

Opförelsen af en ny Hospitalsbygning på Frederiksberg. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1197.

Red. underkaster en Plan til et nyt Hospital på Frederiksberg på 60 Sänge en skarp Kritik. Planen vandt på Grund af sin Billighed Flertal i Kommunalbestyrelsen; men Sagen skal forinden Afgörelsen forelägges Sundhedskollegiet.

Ax. Ulrik.

P. S. LANDELIUS: **Hälsovårdsanordningar i ett mindre samhälle.** Förhandl. vid 7:de allm. sv. läkaremötet. Stockholm 1895, s. 24.

De förträffliga åtgärderna i Lysekil skildras.

E. Almquist.

CHR. JÜRGENSEN: **Det hygiejniske Bageri.** Köbenhavn 1895, 76 S.

Forf. fremhäver Betydningen af, at et så väsentligt Näringsmiddel som Brödet tilvirkes i vel indrettede Lokaler og under gode Arbejdsforhold, hvad der nu kun rent undtagelsesvis finder Sted. Selv i Evropas Storstäder har Forf. fundet de fleste Bagerier usselt indrettede.

I et *förste Afsnit* behandler Forf. selve Bageribygningen med de Krav, som bör stilles til dens Beliggenhed, Indretning og indre Udstyrelse, og de uheldige Momenter, som i almindelige Bagerier särligt begunstige Urenlighed; der gives et Udkast til en hensigtsmässig indrettet Bageribygning, i hvilken de stillede Krav ere fyldestgjorte; derefter omtales de forskellige ved Brödtilvirkningen benyttede Maskiner,

der ikke blot tilsigte Lettelse i Arbejdet, men også Indskränkning af Arbejdernes korporlige Beröring med Brödmaterialet. — Endelig beröres kort selve Bageovnenes Konstruktion samt Lokalernes Opvarmning, Belysning og Ventilation.

I et *andet Afsnit* dröftes forskellige sundhedsskadelige Forhold ved selve Arbejdet og Foranstaltningerne til så vidt muligt at afvärge dem. Ligeledes omtales herunder de skadelige Fölger af den sädvanlige uheldige Arbejdsordning, og Forslag til Reformer på dette Område fremsättes. — Endelig beröres Nödvendigheden af Foranstaltninger mod forskellige smitsomme Sygdomme hos Bageriarbejdere, en eventuel Bageriläges Opgave samt Arbejdernes Sygdoms- og Ulykkesforsikring.

I et *tredje Afsnit* göres Rede for de Hensyn, som ville väre at tage ved Brödets Fordeling til Kunderne, og i et *fjärde Afsnit* behandles Spörgsmålet om de antydede Reformers praktiske Gennemförlighed.

I et *Tilläg* findes aftrykt Frederiksbergs Sundhedsvedtägts Bestemmelser om Orden og Renlighed i Bagerier, stadfästede d. 28 Januar 1889, samt den i Norge gäldende Lov af 14 Juli 1894 om Indskränkning af Arbejdstiden i Bagerier.

E. M. Hoff.

A. ULRIK: **Kritisk Anmäldelse af fornävnte Arbejde.** Ugeskr. f. Läger R. 5, Bd 2, S. 1019.

CHR. JÜRGENSEN: **Bemärkninger i Anledning af Kredsläge Ulriks Anmäldelse.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1052.

E. M. Hoff.

I. C. GERNER: **Skrofulöse Börns Ophold i Snogebæk i Året 1895.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1206.

Börnenes Antal var 87, deraf 79 skrofulöse og 8 Rekonvalescenter efter andre Sygdomme. Forholdene vare omtrent som sädvanlig. Börnenes gennemsnitlige Alder var 9,6 År, deres gennemsnitlige Vägt ved Ankomsten 49,93 Pund, og Vägtforögelsen under Opholdet belöb sig til 12,69 % (i 1894 var Vägtforögelsen 10,60 %).

Ax. Ulrik.

Sanatorier för brystsyge. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1171.

I Fölge Meddelelse af Formanden på Aktieselskabets konstituerende Möde den 4 Dec. 1895 var der indtil da af danske Läger tegnet 40 200 Kr., af andre 124 400 Kr., i alt 167 600 Kr.

Ax. Ulrik.

POUL HEIBERG: **Er Difteriens Intensitet i København under konstante "ydre Forhold" konstant eller varierende?** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1101.

Undersögelsen omfatter Difteristatistiken fra Årene 1877—87 og 1891—94, fra hvilke Perioder Materialet anses for nogenlunde ensartet, medens Perioden 1888—90 er udskudt, fordi et Par Reformer, som faldt i denne Periode — den nye Epidemilovs Ikraftträden April

1888 og Bestemmelsen om gratis Behandling af Difteri på Blegdamshospitalet fra Marts 1890 — antages at have givet Anledning til en Forskydning af Tallene ved at foröge Difteridiagnosernes Antal. Ved Difteriens Intensitet forstås Forholdet mellem anmäldte syge i Fölge Ugelisterne og Antallet af Dödsfald. En Sammenligning af denne Intensitet i de nävnte År for hver enkelt Aldersgruppe viser nu, at den ikke har undergået nogen Forandring. Heraf drages den Slutning, at man, hvis Difteriens Intensitet aftager i 1895 eller 96, tör skrive denne Aftagen på Serumbehandlingens Regning.

Ax. Ulrik.

JUL. PETERSEN: **Variolation og Vakcination.** Foredrag med Diskussion. Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1260.

Foredraget behandler Variolationens Forhold til Vakcinationen, viser, hvorledes denne overalt måtte stötte sig til hin, samtidig med, at de to Metoders Stilling til hinanden dog måtte blive afgjort fjendtlig, og hvorledes der först efter JENNER kunde blive Tale om en Forsoning, efterhånden som Vakcination ved en ligefrem Variolation af Kalvene begyndte at tränge igennem. Diskussionen drejede sig navnlig om VOIGTs nye Undersögelser og Vakcinationsmetode.

Jul. Petersen.

M. SIMON: **Förslaget till nytt vakcinationsreglemente.** Förhandl. vid allm. sv. läkaremötet. Stockholm 1895, s. 157.

Nämnda förslag underkastas kritik i många enskildheter.

E. Almquist.

FABIAN ROSSANDER: **Till vakcinations- och immunitetsfrågan.** Hygiea 1895, II, s. 680.

Förf. har haft ett sällsynt tillfälle att studera immuniteten mot smittkoppgiftet hos en hel befolkning. Smittkoppor grasserade 1894 i Ockelbo församling, 16 gårdar angrepos, i dessa bodde jämnt 100 personer. Folket var fattigt och lefde mycket hopträngdt. 33 personer insjuknade i tydliga koppor, däraf 15 lindrigt. 3 dogo, af dem voro 2 ovakcinerade barn. Af hela antalet voro 86 vakcinerade, 3 voro det ej, 11 hade förut haft koppor. Af de sist nämnda insjuknade blott en och lindrigt. Ingen var revakcinerad.

Af 30 insjuknade hade 18 vakcinerats, 20 år eller mera före insjuknandet, 12 voro vakcinerade 9—20 år förut och ingen enda sen kortare tid tillbaka. Lindriga former tog sjukdomen hos alla, som ympats inom 18 år; svårare former hos alla utom en, som vakcinerats för 19 till 34 år sedan.

Af de 67 personer, som undgingo sjukdom, frånräkna vi ett 8 månader gammalt ovakcineradt barn och 10, hvilka förut haft smittkoppor. 56 personer återstå, af dem voro 21 vakcinerade inom 10 år och 33 inom 20 år. Här visade vakcinationen sin skyddande kraft. 41 af dem blefvo upprepade gånger revakcinerade, hos 11 med positift resultat. Hos de 21 personer, som vakcinerats för kortare tid

sedan än 20 år, inträdde positift resultat blott 3 gånger, hos äldre vakcinerade 8 gånger. Af de förat nämnda 21 hade ej mindre än 16 visat svaga tecken till koppsjukdom, utan att denna fullt utvecklades. Blott ett fåtal personer i dessa byar visade sig altså fullt oemottagliga för koppgiftet, de fleste sådana hade förut haft koppor eller nyligen varit vakcinerade.

Af stor betydelse är detta. Den vakcinerade är blott under ett fåtal år fullt skyddad, men han undgår under en följd af år svårare sjukdomsformer. Smitta andra kan äfven den lindrigt insjuknade. Vakcinationens betydelse ligger altså uti afvändandet af de svåra sjukdomsformerna. Den bör upprepas omkring det 20:de året, därest dessa svåra sjukdomsformer och dödsfall skola afhållas från medelålders personer. De sist nämnda visa i Sverige en mycket högre dödlighet i koppor i detta århundrade än i det föregående.

E. Almquist.

K. LINROTH: **Om våra offentliga skyddsåtgärder mot kolera.** Förh. vid 7:de allm. sv. läkaremötet. Stockholm 1895, s. 43.

Förf. berättar om det system, som utbildats i Sverige för kolerans afhållande.

E. Almquist.



Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXVIII.

N° 6.

O. BLOCH: ***Torticolis spasmodique.* Traitement opératoire du nerf spinal. Deux cas opérés (élongation et résection du nerf spinal p. p.).**

Précédée d'un bref prodrome, suit l'histoire détaillée des deux cas suivants:

I. Homme, âgé de 24 ans, célibataire. Depuis l'âge de douze ans, de légers spasmes de l'extrémité supérieure droite; on ignore s'ils se sont présentés avant ou après une vulnération de la partie gauche de l'occiput. Plus tard, tiraillements spasmodiques des muscles frontal et palpébral, ainsi que des spasmes toniques, parfois cloniques, des muscles sterno-mastoïdien et trapèze. — Le malade s'était fait traiter par un très grand nombre de procédés, entre autres par la ténotomie de la portion sternale du sterno-mastoïdien, mais le, tout en vain.

L'auteur pratiqua l'élongation et la résection du nerf spinal. Un mois après, le malade parut guéri. Plus tard, huit mois après l'opération, on observait encore de temps à autre une déviation spastique de la tête. — L'examen microscopique fit constater que le nerf était sain.

II. Homme, âgé de 48 ans, marié. Il est atteint depuis deux ans de cette forme de torticolis spasmodique qu'on appelle *tic rotatoire*. Le sterno-mastoïdien et le trapèze ont cependant à leur tour leur part à l'affection. Le malade attribue son mal à une rotation forcée de la tête à gauche, dans laquelle il prétend avoir ressenti un craquement dans la région de l'insertion cranienne du trapèze droit. Il avait de même observé des spasmes du long dorsal droit, de même que des fourmillements aux deux extrémités inférieures, surtout à celles du même côté. Il avait été adonné à l'abus de l'alcool.

L'auteur pratiqua l'élongation et la résection du nerf spinal, ainsi que d'un rameau cervical. Cinq mois après l'opération, l'état n'était pas amélioré.

Les deux portions des nerfs excisés furent trouvées normales à l'examen microscopique.

Dans les deux cas, réunion par première intention des plaies opératoires. Il ne fut pas observé d'accidents interprétables à l'irritation du pneumogastrique.

Afin de juger si, dans les affections vulgairement nommées torticolis spasmodique, mais qu'il vaudrait mieux appeler spasmes des muscles cervicaux, en ajoutant les noms des muscles affectés, on est en droit de faire la résection du nerf spinal, l'auteur a recueilli les cas publiés dans la littérature et en a fait l'étude comparative. Il dispose de quarante-quatre cas; quelques-uns, cependant, sont décrits d'une manière trop défectueuse pour leur attribuer une bien grande valeur.

Voici le court résumé des résultats de l'étude de ces 44 cas:

On ne trouve nulle part deux cas de torticolis spasmodique qui soient identiques. 32 cas permettent d'élucider quels sont les muscles atteints. Il est vrai que, dans la règle, le sterno-mastoïdien y est compris, mais beaucoup d'autres muscles souffrent simultanément; il suffit d'accentuer que les muscles profonds du cou, dont l'innervation a lieu à l'aide des nerfs cervicaux, étaient aussi atteints de spasmes dans 18 cas (des 32); qu'assez souvent on observe une coopération des muscles de l'extrémité supérieure du même côté ou du côté opposé, ou des extrémités des deux côtés; que les muscles cervicaux de l'autre côté ne sont pas exempts de souffrance; et enfin qu'il n'est pas rare que les muscles de la face soient atteints de spasmes.

L'auteur relate des exemples de combinaisons pareilles, et trace un tableau clinique du mal entier.

Quant au traitement, il fait mention de ce fait que l'on ne réussit que très rarement à guérir les malades par toutes sortes de remèdes médicamentaux, électriques, orthopédiques etc., et que la ténotomie n'a eu de succès que dans des cas isolés, tandis qu'elle a échoué dans d'autres (opérés plus tard au nerf). M. BLOCH passe ensuite en revue les différentes méthodes d'opération du nerf spinal.

La division a été faite dans trois cas, *l'élongation et la division* dans un cas, *la résection* dans trente cas; dans neuf (mais probablement dans un bien plus grand nombre), elle fut précédée de l'élongation. *L'élongation seule* a été faite chez huit malades (dont deux ont subi plus tard la résection).

Après discussion préalable des méthodes opératoires, l'auteur préfère l'incision au niveau du bord supérieur et antérieur du sterno-mastoïdien, dans l'intention de saisir le tronc du nerf spinal aussi près de la moelle que possible. L'opération ne semble pas présenter de danger, spécialement quant au pneumogastrique. Des quarante-quatre malades un seul mourut; la cause de la mort fut un accident de la plaie (phlegmon »érysipélateux»). Un fait singulier, ajoute l'auteur, est celui qu'après la résection, le sterno-mastoïdien et le trapèze ne se paralysent ni atrophient pas toujours: tant s'en faut!

Se référant à la révision critique des matériaux dont il dispose, l'auteur se croit autorisé à dire que *des 44 malades en question, 20 ont été guéris, 16 améliorés, 7 sont restés sans amélioration, et 1* (voir

plus haut) *est mort*. En d'autres termes, 36 sur 44 se sont bien trouvés de l'opération après avoir en vain demandé des soulagements à une foule d'autres remèdes.

Quelques-unes des observations semblent propres à élucider l'étiologie; mais l'exposé n'en peut être reproduit brièvement. Voici les thèses principales de la discussion. Il est absurde de chercher la cause dans les muscles affectés eux-mêmes de spasmes ni dans le nerf spinal lui-même (dans les deux cas de l'auteur, ce nerf fut trouvé normal à l'examen microscopique); néanmoins, on peut supposer des cas de névrite (par exemple des intoxications alcooliques ou autres.). Il est bien plus naturel de s'adresser à la moelle, les nerfs cervicaux ayant été si souvent affectés simultanément avec le nerf spinal. Ce qu'il y a de plus naturel, encore, c'est de s'adresser aux centres gris de la moelle allongée. En réalité, quelques cas semblent se rapporter à la moelle, surtout ceux à l'égard desquels il faut à bon titre supposer qu'une lésion traumatique a joué le rôle de cause accidentelle. Dans les cas, au contraire, de spasmes simultanés des extrémités et de la face, il sera plus juste de chercher l'origine dans les centres corticaux de l'encéphale, par exemple dans le cas Ier de l'auteur.

Après avoir mentionné la nature réelle du mal — l'auteur est porté à croire qu'il faut le comprendre dans la notion d'athétose — et après avoir passé en revue les états morbides divers des centres situés plus ou moins haut qui peuvent occasionner les altérations des nerfs dont il s'agit, l'auteur finit par accentuer qu'il paraît avéré qu'il y a lieu d'essayer, en cas de résistance à tout autre traitement rationnel, le procédé opératoire (c'est la résection du spinal, précédée de l'élongation, qu'il faut préférer), et cela en dépit de ce que l'effet de cette opération est encore inexplicable. Il faut chercher préalablement à préciser si les muscles cervicaux dont l'innervation appartient aux nerfs cervicaux, sont simultanément le siège de spasmes, ou non; en cas d'affirmative, on opérera ces nerfs séance tenante, procédé dont M. NOBLE SMITH s'est fait, dans ces derniers temps, l'avocat convaincu.

No 7.

K. PETRÉN: **Contributions à l'étude des altérations de la moelle épinière dans l'anémie pernicieuse.**

Depuis les travaux de LICHTHEIM et de MINNICH, on sait que dans certains cas d'anémie pernicieuse, la moelle est atteinte d'affections très étendues, qui produisent un aspect clinique prononcé de lésion spinale.

J'ai examiné la moelle dans 9 cas d'anémie pernicieuse; dans deux, l'anémie était compliquée d'une lésion spinale.

Dans quatre de ces cas, les vaisseaux de la substance blanche étaient atteints d'une dégénération hyaline qui pourrait avec raison être regardée comme une suite de la cachexie.

Dans cinq cas, j'ai trouvé disséminées dans toute la moelle de petites hémorrhagies ou des plaques scléreuses qui s'étaient formées

à la suite de ces hémorrhagies; celles-ci sont certainement de la même nature que les hémorrhagies de la rétine dans la même maladie.

Dans deux des cas, où les symptômes spinaux n'ont pas existé, les cordons postérieurs offraient une dégénération chronique, probablement descendante et de peu d'étendue.

Quant aux deux cas compliqués de maladie de la moelle, en voici le résumé:

1) Chez une femme de 36 ans, qui mourut d'une anémie pernicieuse ayant duré 6 mois, les symptômes d'une maladie de la moelle se déclarèrent les deux derniers mois sous les formes d'anesthésie relative portant sur la sensibilité tactile, la sensibilité thermique et le sens musculaire, ainsi que d'ataxie et de parésie (ces symptômes apparurent dans toutes les extrémités, mais surtout dans les extrémités inférieures), de pertes des réflexes rotuliens, et enfin, le dernier mois, sous celle d'incontinence d'urine.

Dans toute la moelle, sauf celle la région sacrée, se présentait une dégénération des cordons postérieurs qui atteignait en haut les noyaux de ces cordons dans le bulbe rachidien. Dans la moelle cervicale et dans la partie supérieure de la moelle dorsale, les faisceaux de GOLL étaient totalement dégénérés, mais les faisceaux de BURDACH constituaient le siège d'une lésion offrant l'aspect de plaques plus ou moins confluentes; tous les cordons postérieurs de la partie inférieure de la moelle lombaire étaient atteints d'une lésion semblable. La sclérose des parties dégénérées était plus développée dans les faisceaux de GOLL et diminuait d'intensité de bas en haut. Dans la moelle lombaire, un grand nombre de gaines de myéline étaient très gonflées (jusqu'à un diamètre de 50 μ); aucun cylindre-axe ne présentait toutefois ce gonflement.

Dans toute la moelle dorsale et une partie de la moelle cervicale, presque toutes les fibres nerveuses de la moitié postérieure de la zone périphérique, sauf les zones de LISSAUER, qui étaient restées intactes, étaient détruites par un processus très aigu. Dans la moelle dorsale se voyait une dégénération diffuse de la plus grande partie des cordons latéraux, un peu moins aiguë que celle de la zone périphérique. La zone bordant la substance grise était partout intacte.

Je considère la dégénération comme descendante, probablement systématique, mais n'atteignant pas l'extrême partie caudale des fibres longues des cordons postérieurs. La lésion des cordons latéraux semble être diffuse, et avoir commencé très peu de temps avant la mort.

2) Un homme de 42 ans qui, à l'âge de 17 ans, avait contracté la syphilis, mais depuis cette époque n'avait pas été malade, fut atteint, 3 ans avant sa mort, d'une parésie des jambes qui augmenta peu à peu. Deux jours avant la mort, on constata un aspect distinct d'anémie pernicieuse et une paraplégie spasmodique très prononcée des membres inférieurs (il fut impossible d'examiner la sensibilité).

Dans la moelle, dégénération complète des faisceaux de GOLL dans la moelle cervicale et dans la partie supérieure de la moelle dorsale, mais dégénération assez incomplète des faisceaux de BURDACH.

Vers le bas, la dégénération diminue rapidement et n'atteint pas la moitié inférieure de la moelle lombaire. Le faisceau pyramidal croisé droit aussi dégénéré. Pas de fibres nerveuses altérées dans les parties dégénérées; celles-ci sont toutefois remplies d'une tissu sclérotique, épais et fibrillaire, dont l'épaisseur augmente de bas en haut. Les gaines lymphatiques qui enveloppent les vaisseaux sont, surtout dans la moelle dorsale, très gonflées et remplies de corps granuleux et de détritus.

Je regarde la dégénération comme systématique et descendante, plus chronique que dans le cas précédent, mais ne s'étant pas étendue aussi loin dans la direction caudale. Ce n'est pas une affection directement syphilitique, mais on ne peut naturellement nier positivement une affection parasyphilitique, qui ne me semble néanmoins pas vraisemblable, en ce que, dans ses points importants, le cas ressemble au précédent et aux autres déjà connus de la même nature.

J'ai essayé depuis de faire la revision des cas connus de maladie spinale dans l'anémie pernicieuse, qui sont au nombre de 20 environ.

Au point de vue clinique, on trouve que la plupart de ces cas ont beaucoup d'analogie entre eux, et qu'ils ressemblent das les points principaux au premier cas mentionné ci-dessus; les réflexes rotuliens sont toutefois exagérés dans un grand nombre.

Au point de vue anatomique, ces cas de maladie spinale peuvent, d'un côté, être facilement distingués du tabes, de la maladie de FRIEDREICH, ainsi que des affections que l'on rencontre dans la paralysie générale progressive et dans la pellagre, et de l'autre côté, des altérations peu importantes qui se trouvent souvent dans la maladie d'ADDISON et quelquefois dans le diabète et la tuberculose. Les différents cas offrent plusieurs dissemblances, dont la plupart s'expliquent par le fait que les altérations ont eu des degrés différents d'évolution. Ordinairement la dégénération semble se produire de la manière suivante:

D'abord les faisceaux de GOLL dans la moelle cervicale sont attaqués; ici, le processus assume promptement l'aspect d'une lésion systématique; il est descendant, mais n'atteint pas l'entrée de ces fibres nerveuses dans la moelle.

Quelque temps après, la dégénération se produit dans les faisceaux de BURDACH, en commençant probablement dans les zones radiculaires moyennes, et en s'étendant souvent dans presque tous les cordons, mais en épargnant toujours les zones de LISSAUER et la zone bordant la substance grise. Celle-ci est dans la plupart des cas disposée en plaques, mais assez souvent homogène, probablement un degré plus avancé d'évolution; l'état des vaisceaux ne dispose pas à croire à un processus vasculaire, et l'extension de la dégénération n'en exclut pas le caractère systématique. Après les cordons postérieurs, les cordons latéraux sont attaqués; la lésion comprend de préférence leurs parties postérieures dans la moelle dorsale et souvent aussi dans la moelle cervicale, mais atteint parfois, dans les cas les plus avancés, leurs parties antérieures dans la moelle dorsale; elle est diffuse quant à son extension.

La propagation de la dégénération dans les cordons postérieurs s'explique partiellement par ce fait observé dans beaucoup d'autres maladies, que les parties des fibres nerveuses les plus éloignées des centres trophiques sont les premières atteintes par le processus morbide.

Il est probable que ces cas de maladie de la moelle forment aussi un groupe séparé au point de vue neurologique.

Dans ces cas, l'aspect de l'anémie même ne s'écarte aucunement de ce qu'on observe dans les cas ordinaires. Quand la maladie de la moelle a précédé l'anémie dans quelques cas, il semble plus juste de supposer une cause commune pour les deux maladies, mais on ne connaît aucune raison à la circonstance que la première ne se déclare que dans certains cas relativement rares d'anémie.

J'ai aussi examiné la moelle dans deux cas d'adénie (la maladie de HODGIN), mais n'ai pas trouvé d'autres altérations que de très petites hémorrhagies.

N° 8.

N. J. STRANDGAARD: ***Percussion du coeur*, surtout au point de vue de la valeur de la percussion "par dépression latérale".**

Sur 78 cadavres, M[r] STRANDGAARD a examiné la matité précordiale relative, telle qu'on la trouve par la percussion ordinaire de force moyenne. Conformément à la description de la plupart des auteurs, il a reconnu que cette matité atteint, chez des individus normaux, vers la ligne médiane du corps, le bord gauche du sternum; en haut, la troisième côte, et latéralement une verticale située à quinze millimètres en dedans de la ligne mamelonnaire. En cas d'augmentation de la moitié droite du coeur, le bord droit de la matité s'avance sur le sternum, ou, comme l'exprime Forget, la matité est augmentée en haut et à gauche. Par contre, si la moitié gauche du coeur est augmentée, l'étendue de la matité est accrue à gauche et en bas. Enfin, l'agrandissement du coeur entier fait augmenter la matité précordiale dans tous les sens. Une matité dépassant le bord droit du sternum annonce ou une grande dilatation de l'oreillette droite ou une augmentation universelle du coeur.

Plusieurs auteurs prétendent qu'il est possible de constater, par des méthodes particulières, une matité précordiale correspondant, avec une exactitude anatomique, au coeur lui-même, et donnant sur l'état du coeur des indications de beaucoup supérieures à celles que donne la matité ordinaire, celle-ci ne correspondant en effet qu'à la partie du coeur située à gauche du sternum. Dans un but de contrôle, l'auteur a essayé, sur les 78 cadavres à sa disposition, de fixer les bords du coeur en appliquant deux des méthodes dont il vient d'être parlé: 1, la percussion intercostale qui ne consiste qu'en la percussion des espaces intercostaux; 2, la percussion »avec étouffement latéral ou avec dépression latérale» (»die seitlich abgedämpfte Percussion», indiquée par AUG. SCHOTT, Nauheim 1881). Par cette dernière, M. SCHOTT comprend une percussion sur le troisième doigt gauche, en même temps

que l'on comprime la paroi du thorax à l'aide de l'index et de l'annulaire. Par cette méthode, on évite de masquer la matité que ferait naître le coeur sans les vibrations du sternum et des côtes résultant de la percussion ordinaire. Cette matité correspond, d'après M. SCHOTT, à toute la face antérieure du coeur; les limites en sont nettement tranchées; elles coincident avec celles que l'on constate par la percussion intercostale, et correspondent exactement aux bords mêmes du coeur.

Par ces deux méthodes, l'auteur a trouvé lui-même des limites de la matité présentant apparemment une correspondance exacte au bord du coeur. En effet, des aiguilles enfoncées verticalement le long des limites trouvées, viennent en général frapper précisément le bord du coeur, dont elles n'étaient que rarement éloignées de plus d'un demi-centimètre en dehors ou en dedans. — Dans la règle, la limite de la matité se présentait par la percussion intercostale un centimètre plus près de la ligne médiane que par la percussion avec dépression latérale. Par cette dernière méthode, l'auteur réussit encore à découvrir une matité correspondante aux grands vaisseaux, qu'il était impossible d'indiquer par la percussion intercostale. Néanmoins, les indications obtenues à l'aide de ces méthodes ne sont pas supérieures à celles que l'on reçoit par la percussion simple: les unes comme les autres ne permettent que de faire soupçonner une augmentation du coeur totale ou partielle (voir le tableau A).

La cause en doit être cherchée dans les dispositions anatomiques suivantes:

1° La partie de la paroi thoracique correspondant au coeur est ployée de façon que la projection du coeur, obliquement inclinée sur la paroi thoracique, se présente à la surface du thorax augmentée et déformée (voir le tableau D). Le thorax joue pour ainsi dire le rôle d'une loupe astigmatique.

2° Une seconde conséquence de la courbure thoracique consiste, vers la ligne médiane, en une diminution successive du tissu pulmonaire qui sépare la paroi thoracique du coeur, les bords de cet organe devant être plutôt considérés comme des plans arrondis (tracé graphique 9 & 10). Il s'ensuit que l'intensité de sonorité qui dépend du volume de la masse vibrante, diminue successivement dans le même sens; il n'y a de même pas de limite aiguë de matité, mais une transition successive de la sonorité à la matité, de façon que la détermination de la limite de ces deux phénomènes acoustiques ne peut être faite qu'approximativement.

3° La courbure du thorax a pour résultat que des aiguilles enfoncées verticalement sur une même ligne transversale et à une distance assez grande l'une de l'autre, convergent vers le bord du coeur de façon qu'on en trouve les pointes placées de manière à satisfaire la plupart des investigateurs, c'est-à-dire à un centimètre ou moins en dehors ou en dedans du bord. Voilà la cause de l'incertitude de la méthode par enfoncement d'aiguilles.

En conséquence, cette matité, dite totale, est de moins d'importance qu'on ne serait tenté de le croire; en général, on peut se con-

tenter de la matité dans le sens ordinaire du mot. A côté de celle-ci, dans un grand nombre de cas, on trouve son compte à fixer le bord droit du coeur à l'aide de la percussion intercostale. Celle-ci opère de manière à faire propager les vibrations de percussion dans le sens sagittal (tracé graphique 11), et leur permet de mieux toucher le bord du coeur; la méthode par dépression latérale, à son tour, amène la propagation des vibrations dans le sens centripète (tracés graphiques 9 & 10), avec rayonnement vers le coeur, mais sans en toucher les bords.

De même, la méthode intercostale permet de s'approcher du coeur avec ce résultat, que la projection à la surface est moindre que par l'application de la dépression latérale, laquelle est pratiquée à une plus grande distance du coeur. Il s'ensuit que la dépression latérale donne des limites (droite et gauche) plus éloignées de la ligne médiane que la méthode intercostale.

La limite droite de matité trouvée par la percussion intercostale ne dépasse pas, dans les cas normaux, la ligne parasternale droite. Cependant, en général, il faut attacher moins d'importance à la fixation des limites de la matité totale, qu'à l'intensité de la sonorité et de ses variations en dedans de ces limites. C'est précisément en fixant la matité relative par la percussion ordinaire, qu'on atteint ce but.

Conclusion: La valeur de la percussion par dépression latérale se réduit, quant à la fixation des bords du coeur, à presque rien.



Stockholm, 1896. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. N:r 11.

Om Tyrosin i Menneskets Urin

samt

et nyt Kendemärke på Tyrosin.

Af

Dr. med. CHR. ULRICH.
Köbenhavn.

Med 1 Tavle.

De af Forfatteren tidligere (Nord. med. Arkiv, Nr 8, 1894) foretagne Undersögelser om Leucinets Opträden i Menneskets Urin have nödvendigvis fört ind på Arbejde vedrörende det när beslägtede Tyrosin. Ligesom Leucin kan Tyrosin opfattes som en Amidosyre (Amidohydroparacumarsyre, BAUMANN), og de to Stoffer findes jävnlig sammen under samme Forhold i og udenfor den dyriske Organisme, oftest oprädende som Dekompositionsprodukter af Äggehvidestofferne. Den af KÜHNE ved Pankreassaftens Indvirkning på Albuminstofferne i Tarmen påviste Leucin-Tyrosindannelse, disse to Stoffers hyppige samtidige Forekomst ved Äggehvidens Forrådnelse eller Kogning med Syrer og Alkalier, deres jävnlige Tilstedevärelse Side om Side ved Planternes Kimdannelse og endelig deres hyppige fälles Opträden under patologiske Tilstande og Processer, särlig i visse Sekreter — dokumentere tilsträkkeligt det omhandlede Forhold. I nogle Retninger vise de tvende Stoffer indbyrdes dog en Del Forskelligheder, hvilke fremgå ved Sammenligning af deres fysiologiske og navnlig deres kemiske Ejendommeligheder.

Vort Kendskab til *Tyrosinets fysiologiske Rolle og dets Skäbne i Organismen* er som ved Leucinet endnu temmelig mangelfuldt. Med Sikkerhed vides for Menneskets Vedkommende, at Tyrosin, ligesom Leucin, dannes i Tarmen ved ovennävnte Indvirkning af Pankreassaften på Äggehvidestofferne. Derimod er Tyrosinet — i Modsätning til Leucin — aldrig fundet i friske Organer eller Blod (I, 217). Fodring med Tyrosin[1]) giver Tiltagen af Urinens aromatiske Ätersvovlsyrer; men Tyrosinet genfindes som sådant ikke i Urinen (I). De af Tyrosin deriverede Oxysyrer udskilles efter Fodring derimod uforandrede i Urinen. Hos Hunde viste Forholdene sig noget anderledes ved Tyrosinfodring, om end Resultaterne her ikke udmärke sig ved nogen synderlig Ensartethed: Foröget Urinstofudskillelse ligesom ved Leucinfodring (SCHULTZEN & NENCKI), Tiltagen af Urinens Oxysyrer og uforandret Udskillelse af Tyrosin gennem Urinen (BERNHARDT KÜSSNER 1824) ere iagttagne ved Forsögene på dette Område (II).

Tyrosin forekommer ved Udkrystallisation fra vandig Oplösning sädvanlig under Form af fine Nåle, der oftest samle sig i Koste eller Neg; jävnlig ses dog også lange Prismer med Tilböjelighed til samme Gruppering (Nord. med. Arkiv, a. St., Tavle VIII) og undertiden andre Former såsom Stjärner, Vättelys og fl. — Det er let oplöseligt i varmt Vand, i Syrer og Alkalier, men, sammenlignet med Leucin, kun tungt oplöseligt i Alkohol. Tyrosinets kemiske Reaktioner ere ret distinkte, udmärke sig fremfor Leucinets ved en vis Skarphed og ere ikke heller vanskelige at foretage. De vigtigste ere:

1) Tyrosin giver med MILLONS Reagens röd Farve (R. HOFFMANN).

2) Tyrosin giver med konc. Svovlsyre brunligfarvet Vädske, som efter Neutralisation med Baryt eller Ammoniak, med fortyndet Oplösning af Järnklorid viser rödviolet Farve (PIARA).

3) Tyrosin giver ved forsigtig Opvarmen med Salpetersyre et gult Legeme, som ved Kali eller Ammoniak farves brunligt.[2])

---

[1]) Om Leucinfodring se Nord. med. Arkiv, a. St.

[2]) Närmere Detaljer angående disse Reaktioners Udförelse i: SALCHOWSKY & LEUBE, Lehre v. Harn. 1882.

Medens Tyrosinet under fysiologiske Forhold ved dets nästen sporlöse Forsvinden fra Tarmen synes at före en ret tilbagetrukken Tilvärelse, er det under *patologiske Forhold* truffet som en hyppig Gäst i forskellige Organer og Sekreter: Ved *variola* og *febris typhoidea* er det fundet i Lever og Galde (FRERICHS 1885), ved *Levkämi* i Milt, Lever og Nyrer (HUBER), ved *Fosforforgiftning* i Lever og Nyrer, samt hos Hunde i Lever og Blod (SCHULTZEN & RIESS 1869) og ved *Pnevmoni* i Lungen (SOTNISCHEWSKY 1881). I *pus*, särlig hidrörende fra putride Processer, f. Ex. i Lunge og pleura, er Tyrosin hyppig tilstede, i mikroskopiske Präparater af *Expektorat* for Tuberkelbaciller har Forfatteren jävnlig iagttaget Tyrosin-Krystaller, mulig dog undertiden hidrörende fra Syrens Indvirkning, i *Fodsved* er Stoffet bleven påvist, og endelig er det fundet i **Urinen.** Her optråder det nästen altid sammen med Leucinet, men er hidtil kun fundet i et forholdsvis ringe Antal Sygdomme (III): *Akut gul Leveratrofi*, *akut Fosforgiftning*, *Tyfus* i svåre Tilfälde, *variola*, *Levkämi* (BEALE), *kronisk Leveratrofi* og *malleus*. Derimod have ANDERSONS Angivelser (IV) vedrörende Fundet af Tyrosin (og Leucin) ved mange forskelligartede Sygdomme og POUCHETS vedrörende dets Opträden i fysiologisk Urin (1881. II) hidtil ikke vundet synderlig Tiltro.

Egne Undersögelser.

Fysiologisk Urin. Leucinets og Tyrosinets oftest samtidige Opträden i Urinen i Forbindelse med Påvisning af Leucin i sunde Menneskers Urin (a. St.) lader formode Tyrosinets Tilstedevärelse sammesteds under fysiologiske Forhold. Dette så meget mere, som man (I, 220), uden i övrigt närmere at forklare Årsagen, fik MILLONS Reaktion i Inddampningsresten fra enhver normal, på sädvanlig Måde behandlet Urin. Fremgangsmåden til Påvisning af Tyrosin i Urinen er hovedsagelig som ved Leucinet: 200 Kcm. frisk Urin fäldes med Overskud af basisk eddikkesurt Blyilte. Efter at Blyforbindelserne ere fjärnede ved Svovlbrinte, inddampes det klare, affarvede Filtrat på Vandbad til Syrupskonsistens. Efter eventuel Omkrystallisation og Rensning med Alkohol og Ammoniak undersöges Inddampningsresten mikroskopisk og kemisk. Vi skulle her ikke

komme närmere ind på at omtale nävnte Rensningsproces; den er temmelig langsom, medförer Tab af det ofte sparsomt nok tilstedevärende Tyrosin, forder en Del Övelse og Erfaring og står endelig formentlig i flere Henseender en Del tilbage for den senere under Sublimationspröven nävnte Fremgangsmåde. Inddampningsrestens mikroskopiske Billede er omtalt tidligere (Nord. m. Ark., a. St., S. 5 og Tavle VII, VIII, IX). Den mikroskopiske Undersögelse har i alt Fald her ikke den Betydning som ved Leucinet, hvis morfologiske Ejendommeligheder sädvanlig ere tilsträkkelige til dets Identificering. Langt värdifuldere ere her de ovennävnte 3 kemiske Reaktioner (HOFFMANN, PIARA, Salpetersyrepröven), hvilke — anstillede på det rene Tyrosin — ere så distinkte og fintmärkende, at man som Regel ikke kan tvivle om Udfaldet. — Ved de nedenstående Undersögelser ere Reaktionerne sädvanlig anstillede på det ved omtalte Sublimationspröve indvundne rene Tyrosin og gave, når Stoffet kun ikke var sporvis tilstede, stedse positivt Resultat. Salpetersyrepröven var ubetinget den mest fintmärkende, idet kun én eller et Par Krystaller vare tilsträkkelige. HOFFMANNS og navnlig PIARAS Reaktioner krävede noget mere (1 til 2 Centigram).

Hos 20 sunde Individer, der ikke fremböd Stofskifteanomalier af nogen Art, fandtes *Tyrosin konstant i Urinen.* Denne hidrörte for det meste fra unge kraftige Mänd, var som oftest kvitteret om Formiddagen, men er i övrigt også stadig med samme Resultat bleven prövet fra Dögnets forskellige Tider. At Leucin tillige stadig fandtes, tjäner kun til yderligere at bekräfte det tidligere Fund (a. St.). Det er sandsynligt, at de under Mikroskopet i Inddampningsresten sädvanlig tilstedevärende spredte Nåle, Kamme- og Vättelysformer have repräsenteret Tyrosinet, eftersom det sidste altid kunde påvises, når de nävnte morfologiske Bestanddele viste sig, — sädvanlig manglede, når disse Morfer (under patologiske Forhold) ikke vare tilstede. Efter Sublimationspröven vare de kemiske Reaktioner hos de undersögte sunde alle utvivlsomme, om end vexlende af Styrke. Nogle Forsög på kvantitativt at bestemme det ved Sublimering indvundne rene Tyrosin gav intet sikkert Holdepunkt for dettes Afhängighed af Måltid, Bevägelse eller Dögntid; men Mängden syntes i det hele ret variabel, var i 5 Tilfälde ingensinde under 0,2 $^0/_{00}$.

Ligesom ved Leucinet er det vanskeligt på Forhand at fälde nogen afgörende Dom om *Betydningen af det konstante Fund af Tyrosin* i Urinen. De sparsomme fysiologiske Kendsgerninger angående Tyrosindannelsen under Äggehvidestoffernes Pankreasfordöjelse i Tarmen, hvorfra det som sådant synes fuldständig at forsvinde i Väv (og Sekreter), tillade ingen videre gående Slutning, og vi må derfor indtil videre formode, at Tyrosinets fysiologiske Udskillelse gennem Urinen på en eller anden Måde står i Forbindelse med Stoffets Tilstedevärelse i Tarmen, fra hvilken det, da det ikke findes i fæces, formentlig måtte opsuges for med Blod eller Lymfe at nå til Nyrerne. Det fortjäner i denne Forbindelse at bemärkes, at de störste Forandringer i Tyrosinudskillelsen gennem Urinen — som vi senere skulle se — netop fandtes i sådanne sygelige Tilstande, i hvilke man på Forhånd kunde antage eller endog påvise särlige patologiske Forandringer i Organer, der under fysiologiske Forhold stode i Relation til Tyrosindannelsen (enteritis, pancreas-diabetes).

Urinen under patologiske Forhold. Udfaldet af de noget spredte Undersögelser, der have kunnet foretages vedrörende Tyrosinets Opträden i Urinen ved et endda temmelig begränset Antal Sygdomme, kunne i Fölge Sagens Natur näppe give fuldständige Oplysninger om Tyrosinudskillelsens hele Väsen og Ejendommeligheder og kunne for så vidt ikke heller göre Fordring på nogen videnskabelig Almengyldighed. Når Resultaterne ikke desto mindre i det fölgende ere kortelig anförte, da er dette särlig begrundet i den Omständighed, at der ved disse over en enkelt Side af Patologien synes at väre kastet et Strejflys, der forklarer og illustrerer nyere Synspunkter og indbyder til närmere Undersögelse. De indvundne Resultater frembyde i övrigt for det store Flertal af Sygdomme näppe särlig Interesse, eftersom Tyrosin, hvad der efter det fysiologiske Fund var at vänte, gennemgående kunde påvises i Urinen i Former, der sädvanlig — ikterisk Urin undtagen — lignede de ovenfor omtalte fysiologiske. — I nedenstående Oversigt er samlet Udfaldet af alle foretagne Analyser. De i Parentes tilföjede Tal angive Antallet af de i Anledning af närvärende Undersögelsesräkke og med specielt Hensyn til Tyrosinets Forhold foretagne Analyser.

Tyrosinen fandtes i Urinen ved:

Cirrhosis hepatis	i 4	af	4	Tilfälde	(3—3).
Colica hepatica	» 1	»	1	»	
Cancer hepatis	» 1	»	1	»	(1—1).
Weil's Sygdom	» 1	»	1	»	
Icterus catarrhalis	» 8	»	8	»	(2—2).
Nephritis chronica	» 9	»	9	»	(3—3).
Degeneratio amyl. renum	» 1	»	1	»	
Enteritis chronica	» 1	»	1	»	(1—1).
Dilatatio ventriculi	» 1	»	1	»	
Febris typhoidea	» 2	»	2	»	(1—1).
Arthritis urica	» 1	»	1	»	(1—1).
Leucæmia	» 2	»	2	»	(2—2).
Tuberculosis pulmonum	» 1	»	1	»	
Bronchitis chronica	» 1	»	1	»	
Bronchiectasia	» 4	»	4	»	(2—2).
Empyema	» 1	»	1	»	(1—1).
Neurasthenia	» 2	»	2	»	
Hysteria	» 1	»	1	»	
Cystitis	» 1	»	1	»	
Cysto-pyelo-nephritis	» 0	»	1	»	(0—1).
Glycosuria	» 4	»	4	»	(2—2).
Diabetes mellitus	» 2	»	9	»	(2—7).

I hvert af de nedenstående — til Parentestallene svarende — Tilfälde er der udfört 2 eller flere Analyser til Bestemmelse af Tyrosinet. *Tyrosinmängden*, bedömt efter Reaktionens Styrke i Forbindelse med eventuel kontrollerende Vägtbestemmelse (se nedenfor), var ved:

Cirrhosis hepatis lidt vexlende, i 2 af Tilfäldene omtrent som hos sunde, i et tredje noget större.

Cancer hepatis i ét Tilfälde med store tumores i hepar og stärk icterus ikke större end hos sunde (omtr. 1 $^0/_{00}$).

Icterus catarrhalis omtrent middelstor.

Nephritis chronica i ét Tilfälde (syfilitisk Skrumpnyre) middelstor, i 2 andre under Uræmi (Sektion: Skrumpning af stor hvid Nyre) snarest ringe.

Enteritis chronica i ét Tilfälde meget stor (mindst $4^0/_{00}$) — den störste, som overhovedet fandtes i Räkken af undersögte Sygdomme.

Febr. typhoidea middelstor.

Arthritis urica i ét Tilfälde middelstor.

Leucæmi i ét Tilfälde middelstor (0,25 $^0/_{00}$), i et andet mulig noget större.

Bronchitis chronica med Emfysem i ét Tilfälde med Stase i hepar og let icterus catarrhalis (Sektion) knap middelstor.

Bronchiectasia i 2 Tilfälde middelstor.

Empyema pleuræ sin. Bronchiectasia snarest svag, dog ikke under 0,2 $^0/_{00}$. Efter Udtömmelse af Empyemet samme Tyrosinmängde.

Cysto-pyelo-nephritis calculosa (Sektion) med ammoniakalsk stärk pusholdig Urin = 0. Leucinet var her ikke heller påviseligt.

Udfaldet af Analyserne ved ovenstående Sygdomme viste, at Tyrosinmängden ikke alene indenfor det enkelte Tilfälde, men gennemgående også i hele Undersögelsesräkken ikke varierede i nogen påfaldende Grad: den var i det hele og store omtrent som hos sunde. Kun i enkelte af Tilfäldene var der Afvigelser, som ere Omtale värd. Den store Tyrosinmängde hos Nr 5 (*enteritis chron.*) kan mulig sättes i Forbindelse med de vist nok stärkt forandrede Resorptionsforhold fra Tarmen. Patienten, en 48-årig Skrädder, havde efter malaria i en Årräkke lidt af uafbrudt og som oftest häftig Diarré, der var bleven behandlet på Alverdens Hospitaler. Trods en nästen exempellös Grådighed var han påfaldende mager og anämisk. Han havde daglig 3 til 4 tynde stinkende Afföringer, der mikroskopisk ikke viste Tyrosin. Den objektive Undersögelse viste under Hospitalsopholdet ellers intet nävnevärdigt, og han udskreves uden synderlig Bedring. — Når Tyrosinet i det nävnte Tilfälde af *cysto-pyelo-nephritis calculosa* ingensinde kunde påvises, er dette åbenbart begrundet i selve Urinens Forhold, eftersom de tilstedevärende stärke Destruktionsprocesser med Ammoniakudvikling först og fremmest ramme Urinens kvälstofholdige Bestanddele. — I övrigt anföres, *at* Udfaldet af Analyserne ved *cirrhosis hepatis* og *cancer hepatis*

ikke lader formode, at Levervävet spiller nogen Rolle ved Frembringelsen eller Omsätningen af det i Urinen under normale Forhold opträdende Tyrosin; *at* den i forrige Afhandling ved *Urämien* omtalte Forsvinden af Leucin (og Tyrosin) fra Urinen ikke synes at väre konstant; *at* Urinen i ét af de anförte Tilfälde af *Levkämi*, hvor Forholdet mellem hvide og röde Blodlegemer var 1 : 15, hvor Blodet indeholdt talrige eosinofile Celler og Sektionen viste udbredt Hämorragi fra Slimhinderne, bl. a. Tarmens, i Modsätning til Meddelelser andenstedsfra, ikke var synderlig mere tyrosinholdig end hos sunde, og endelig, *at* Resultatet ved det anförte Tilfälde af *Empyem* tyder på, at der ikke fra Pleuraabscessen, der var stärkt ildelugtende, men vist nok afkapslet ved en tyk Membran, er blevet opsuget Tyrosin i påviselig Mängde.

De med *Glykosuri* undersögte Patienter vare följende:

a) Dorothea B., 41 År. *Hysteria.* Under Hospitalsophold fandtes en enkelt Dag ($^{29}/_{5}$ 95) Glykosuri, ved Polarisation bestemt til 1½ % i den i övrigt normale Urin. Denne indeholdt rigelig Tyrosin (og Leucin). Den följende Dag var Urinen sukkerfri, men viste uforandret Tyrosin (og Leucin).

b) Agnes J., 25 År. *Hysteria.* $^{23}/_{5}$ 95. Under Hospitalsophold 1 % Sukker i den i övrigt naturlige Urin. Den indeholdt både nävnte Dag og 2 Dage senere en tilsyneladende middelstor Mängde Tyrosin (og Leucin).

c) Jens L., 47 År. *Diabetes mellitus. Let Form.* Symptomer begyndt 2 til 3 Måneder för Hospitalsindläggelsen $^{4}/_{12}$ 94. Under dette bedredes Tilstanden, Sukkerudskillelsen aftog fra 7 % til 2 % ved Udskrivelsen $^{18}/_{3}$ 95. Han tiltog i Huld og Kräfter og var på Undersögelsestidspunktet, 14 Marts, oven Sänge i tålelig god Ernäringstilstand. Urinen $\frac{2000}{1031}$ indeholdt 2 % Sukker, gav ikke Reaktion på albumen eller med Järnklorid, viste Tyrosin i ret rigelig Mängde (rigelig Leucin).

d) Hermann N., 72 År. *Diabetes mellitus. Let Form.* Sygdommen skal väre begyndt omtr. 10 År för Hospitalsopholdet ($^{11}/_{6}$—$^{7}/_{1}$ 95). Han synes trods manglende Behandling at have beholdt Huld og Kräfter ganske godt, og har passet sit Arbejde til ½ År för Indläggelsen. Han er temmelig fed, klager over Träthed, Törst og hyppig Vandladning. Under Hospitalsbehandling — Ro og Diät — bedredes han, og han udskreves med Spor af Sukker i Urinen. — $^{14}/_{6}$. Urinen, $\frac{3000}{1030}$,

uden albumen, uden Järnkloridreaktion, indeholdt 7 % Sukker, 63,4 Gm Urinstof. Tyrosin (og Leucin) kan ikke påvises. — $^{28}/_{6}$. Urin $\frac{1500}{1024}$, med 1 % Sukker, 33 Gm Urinstof, indeholder Tyrosin (og Leucin) i ringe Mängde. Han indlägges atter $^{27}/_{7}$ for thrombosis vv. extrem. infer. dext. 2 Dage senere viste Urinen, $\frac{1400}{1027}$, 1¾ % Sukker, 40 Gm Urinstof, ingen Tyrosin (Leucin i sparsom Mängde). — $^{14}/_{8}$ var Urinen sukkerfri, $\frac{1300}{1022}$, med 10 Gm Urinstof. Tyrosin tilstede i ringe Mängde, mindst 0,1 $^{0}/_{00}$ (ret rigelig Leucin).

e) Christian J., 57 År, Mekaniker. *Diabetes mellitus. Let Form.* Har i mange År lidt af »Nyregrus» og »Sukkersyge». Han behandles ambulant, kan arbejde, klager kun over »Gigt» i Längdeegnen. Objektiv Undersögelse viser nogen Fedme, men ellers intet sygeligt. — $^{17}/_{4}$ 95 viste Urinen, $\frac{1200}{1029}$, 2 % Sukker. Den indeholder en Del Urinsyrekrystaller, giver ikke Järnkloridreaktion, viser ikke Tyrosin (eller Leucin). — $^{30}/_{4}$. Urinens Forhold i det hele uforandrede.

f) Peter P., 32 År. $^{4}/_{5}$ + $^{4}/_{5}$ 95. *Diabetes mellitus.* Hurtig forlöbende og stärk Form. Sektion: adipositas & degeneratio parenchymatosa hepatis, hyperæmia lienis, hæmorrhagia peripancreatica recens, cyanosis & degeneratio parenchymatosa renum. ·Sygdomstilfäldene skulle kun väre omtr. 1 Måned gamle, han skal väre Alkoholist, er snarest mager, komatös under Hospitalsopholdet. Den strax efter Indläggelsen med Kateter tagne Urin, $\frac{150}{1029}$, viser 5 % Sukker, 1½ $^{0}/_{00}$ albumen, ingen Järnkloridreaktion, en Del overvejende hyaline Cylindre. Den indeholder ikke Tyrosin (eller Leucin).

g) Jens J., 13 År. $^{15}/_{7}$ + $^{16}/_{7}$ 95. *Diabetes mellitus*, stärk Form. *Nephritis.* Sektion: nephritis (acuta?), pericarditis serofibrinosa, hyperplasia lienis. En Fätter död i Barnealderen af diabetes. Han indlägges i komatös Tilstand, dör 12 Timer senere. Den objektive Undersögelse viser intet särligt, kun Afmagring. Kateterurin, $\frac{500}{1027}$, indeholder 5 % Sukker, 1½ $^{1}/_{00}$ albumen, farves stärkt med Järnklorid, viser en Del Cylindre af forskellig Art. Den indeholder ikke Tyrosin (sparsom Leucin).

h) Oscar P., 8 År. $^{6}/_{5}$—$^{15}/_{5}$ 95. *Diabetes mellittus*, stärk Form. Syg i ½ År, tiltagende Afmagring og Sväkkelse, stärk Diurese, Törst og Grådighed. Faderen har haft Syfilis. Han er meget mager, bleg, deprimeret og slap, Udåndingsluften lugter af Aceton. — $^{14}/_{5}$. Urinen, $\frac{3150}{1035}$, 5 % Sukker, ingen albumen, ingen Järnkloridreaktion de sidste Dage. Den indeholder ikke Tyrosin (ingen Leucin). — $^{24}/_{6}$. Tilstan-

den omtrent uforandret efter Udskrivelsen fra Hospitalet, han holder ikke Diät, döde nogle få Dage senere. Urin, $\frac{3100}{1034}$, 7 % Sukker, ingen albumen, giver stärk Järnkloridreaktion. Ingen Tyrosin (ingen Leucin).

i) William L., 71 År. *Diabetes mellitus*, let Form. *Cancer recti.* Han er temmelig mager og mat, ikke synderlig bleg eller kakektisk. Glykosuri skal have väret tilstede i flere År, uden at have afficeret hans Almenbefindende i väsentlig Grad. — $^7/_5$ 95. Urinen, $\frac{1200}{1032}$, 5 % Sukker, uden albumen, uden Järnkloridreaktion, indeholder for Dögnet 10 Gm Urinstof, ingen Tyrosin (ingen Leucin). — $^9/_5$. Uforandret. Urinen indeholder stadig ingen Tyrosin (eller Leucin).

Medtages de i Leucin-Afhandlingen (Nord. med. Arkiv. Nr 8, 1894, S. 9 og 10) nävnte Tilfälde, i hvilke Sukker fandtes i Urinen, få vi fölgende Resultat:

	Undersögte Tilfälde.	Leucin og Tyrosin fandtes hos	Tyrosin fandtes hos	Tyrosin fandtes ikke hos	Leucin fandtes hos	Leucin fandtes ikke hos	Tyrosin og Leucin fandtes ikke hos
Glykosuri	4	3	4	—	3	1	—
Diabetes mell. Let Form .	4	2 [1])	2 [1])	2	2	2	2
Diabetes mell. Stärk Form	5	—	—	5	1	4	4

Det fremgår heraf, at Tyrosin og Leucin, der hos sunde og syge sädvanlig ellers opträde som »normal» Urinbestanddel, hvor Glykosuri er tilstede, kun findes i et forholdsvis ringe Antal af Tilfäldene (6 af 13), — og end videre, at Tyrosinets og Leucinets Fravären särlig er knyttet til de Tilfälde, hvor Glykosurien betegnede en diabetes mellitus (2 af 8), specielt den stärke Form (0 af 5). Tvivlsomt er det derimod, om der består noget Forhold mellem Urinstofudskillelsen på den ene, Tyrosin- og Leucinudskillelsen på den anden Side. Det eneste Tilfälde, hvor en Räkke af 4 Analyser ere udförte (*d*) med dette Formål for Öje, viser dog, at Tyrosin og Leucin atter optrådte i omtrent normal Mängde, efter at Glykosurien var ophört og Urinstofmängden aftagen. Heller ikke var der noget påviseligt Forhold mellem Tyrosin og Diacetsyre-Acetonudskil-

---

[1]) *Anm.* I ét af Tilfäldene dog kun en enkelt Gang.

lelsen. Forståelsen af disse, särlig diabetes mellitus vedrörende, ejendommelige og, så vidt vides, hidtil ukendte Fänomener ligger muligvis ikke så ganske fjärn, når Sygdomsårsagen tages i Betragtning: Det fremgår nemlig til Evidens af Undersögelserne, at Glykosuri som sådan ikke har nogen direkte Indflydelse på Tyrosin-Leucin-Udskillelsen (a. b. samt de 2 Tilfälde i Leucinafhandlingen). End videre synes det uomtvisteligt, at af de Sygdomme, der sammenfattes under Begrebet diabetes mellitus, stå en Del og da navnlig de, som henregnes til den svåre Form, som anfört, i tydeligt Forhold til Tyrosin-Leucin-Udskillelsen, og det således, at disse Stoffer i alt Fald til Tider fuldständig forsvinde fra Urinen. Det ligger da under disse Forhold når at formode, at Sukkerets Opträden, Tyrosinets og Leucinets Forsvinden fra Urinen kun ere sideordnede Fänomener, hidrörende fra den samme Fällesårsag. Erindre vi nu, at Tyrosin og Leucin normalt dannes i Tarmen ved Pankreassaftens Indvirkning på Äggehvidestofferne, og tage vi samtidig i Betragtning, at Pankreaskirtlens sygelige Forandringer bevisligt spille en dominerende Rolle som Årsag til de svåre Former af diabetes mellitus, da kunne vi ikke uden Tvang afvise den Formodning, at *Pankreaslidelsen* her har våret det fälles Udgangspunkt for og det i sidste Instans bestemmende Kavsalmoment til de omtalte i Urinen samtidig opträdende Forandringer. I Samklang med denne Opfattelse står det Forhold, at kun de Tilfälde, der henhörte under den svåre Form, de s. k. Pankreas-Diabetikere, sädvanlig ikke viste Tyrosin og Leucin i Urinen. Mindre indlysende er det måske, at Tyrosin og Leucin ikke fandtes i 2 Tilfälde (*e*, *i*) og kun fandtes, når Sukkermängden aftog eller forsvandt, i et tredje (*d*) Tilfälde af s. k. let diabetes, hvor Pankreasaffektion formentlig som Regel ikke er tilstede. Aldeles bortset fra Muligheden af diagnostiske Fejlagtigheder, vil det her våre på sin Plads at fremhåve, at Begreberne: svår diabetes og Pankreasaffektion ingenlunde däkke hinanden, og at en mulig hverken makroskopisk eller mikroskopisk påviselig Forandring i Kirtlens sekretoriske Elementer meget vel kunde tänkes tilstede også ved Sygdommens lettere Former. Vil man med Lépine (Traité de médecine I, 441) antage Afbrydelsen af pancreas's glykolytiske Fermenttilförsel til Blodet som en Årsag til Sukkerudskillelsen i Urinen, da vil in casu (*d*) den med Sukkerets Aftagen eller Forsvinden konkomitterende Tyrosin-Leucin Opträden i Urinen

formentlig kun våre et Udtryk for, at Glandlen samtidig også overfor Äggehvidefordöjelsen fuldständig har genoptaget sine normale Funktioner. Den ved Sektionen i Tilfälde *f* forefundne hæmorrhagia peripancreatica taler for så vidt i Favör af den fremsatte Hypotese, som den opståede Blödning antagelig var i Stand til at hindre så vel Afgiven af glykolytisk Ferment som Dannelsen af fysiologisk Pankreassaft.

Sluttelig kan det i Forbindelse med ovenstående have sin Interesse at henlede Opmärksomheden på de Lighedspunkter, som Urinen viser under Leucin-Tyrosin-Fodring og under pancreas-diabetes, med Hensyn til den forögede Urinstofudskillelse og Opträden af Oxysyrer i Urinen. Disse Forhold kunde nemlig tyde på, at Äggehvidestoffernes Pankreasfordöjelse hos Diabetikerne er undergået fremmedartede Forandringer, der atter kunde hidröre fra eventuel tilstedevärende Pankreaslidelse.

I *diagnostisk Öjemed* vil den ved diabetes mellitus påviste, i svåre Tilfälde fuldständige Forsvinden af Tyrosinet og Leucinet i Urinen muligen kunne få Betydning. Til at sätte et Skelnemärke mellem lette og svåre Former af Sygdommen synes der forelöbig ikke at kunne tillägges Undersögelserne for Tyrosin og Leucin väsentlig Värdi.

Et nyt Kendemärke for Tyrosin.

Under Udförelsen af en Räkke Analyser, der tidligere blev foretagne for at undersöge Leucinets Forhold i Urinen, indtraf lejlighedsvis det »Uheld», at Inddampningen af den med Bly-Svovlbrinte behandlede Urin ikke blev afbrudt i rette Tid. Den fortsatte Inddampning, der foregik ved Bunsens Bränder i en på Asbestplade hvilende däkket Porcellänsskål, gav foruden en forkullet Rest i Skålen tillige et stärkt, ufarvet krystallinisk Beslag på Skålens Indside og den däkkende Glasplade. Ved talrige — henved 100 — Undersögelser af nävnte Beslag har dette da mikroskopisk som kemisk vist sig at bestå hovedsagelig af rent Tyrosin.

Det anbefales at udföre Sublimationspröven på fölgende Måde (se Bill.): 100 Kcm. på sädvanlig Måde — med bas.-eddikesurt Bly, Svovlbrinte — behandlet Urin inddampes i Porcellänsskål på Vandbad. Efter at Skålen er fört over på

en Asbestplade af omtr. ½ Cm:s Tykkelse, anbragt over BUNSENS Brånder, såttes en med Vatprop lukket Glastragt over Inddampningsresten, således at Afstanden mellem denne og Tragtranden overalt er mindst 1 Cm. (Bill. 1). Opvarmes nu forsigtigt, viser der sig som Regel snart store, hvide Skyer (Leucin-Amylamin) våltende frem af den blårende Inddampningsrest. Efterhånden dannes på Tragtens Indside et farvelöst, sirupslignende Beslag, hvilket sådvanlig strax efter Tragtens Fjårnelse begynder at udkrystallisere i de for Tyrosin karakteristiske Former (Bill. 2). Opvarmningen foretages i lukket Glasskab og er til Ende, når Udvikling af Skyer og Blåredannelse ophörer, som Regel i ½ til ¾ Time. Det er af Vigtighed, at Tragten, hvis kvantitativ Bestemmelse önskes, passer nöje, om mulig ved Tilslibning, til Skålens Rand. Ganske sårlig Omhu fordrer Sublimeringen: Den varmegivende Flamme må her reguleres således, at Tyrosinet sublimerer langsomt; bliver den for stårk, opnås kun, at Tyrosinet ikke afsåtter sig på den for stårkt opvarmede Tragt; bliver den for svag, risikeres, at Sublimering ikke kommer rigtig i Stand og Processen tråkker ud. Ved de hidtil anstillede Pröver synes en Varme, ved hvilken Undersiden af Asbestpladen er lidt under Rödglödhede, i de fleste Tilfålde at have våret passende.

Med det krystallinske Beslag, hvis Vågt af 100 Kcm. Urin er indtil nogle få Centigrammer, kan let anstilles de fra Lårebögerne kendte Pröver, hvilke regelmåssig viste udpråget Tyrosinreaktion. Uden at komme nårmere ind på Detaljer skal blot anföres, at PIARAS Reaktion lettest foretages ved at hålde varm koncentreret Svovlsyre på Beslaget. Fremgangsmåden er i övrigt ikke besvårlig, og den endelige Jårnkloridtilsåtning bör ske med stårkt fortyndet Reagens, tilsat ad modum HELLERS Albuminreaktion (se V), hvorved den violette Farve fremtråder smukt i den tilsatte Jårnoplösning. HOFFMANNS Pröve foretages lettest ved at oplöse Beslaget i en ringe Mångde varmt Vand; Tilsåtning af MILLONS Reagens sker dråbevis og under langsom Opvarmning. Den röde Farve danner sig lidt efter lidt, den minder en Del om Blodfarven, er ofte knyttet til Dannelsen af Bundfald og Luftudvikling.

At Beslaget på Glastragten hidrörte fra det i Urinen tilstedevårende Tyrosin, kan ikke betvivles, eftersom 1) HOFF-

MANNs Reaktion, foretagen i Inddampningsresten, viste positivt Udfald alene, når den påfölgende Sublimering gav et tydeligt Beslag, og 2) Inddampningsrestens mikroskopiske Billede kun under samme Betingelse viste tyrosinlignende Elementer.

Fremgangsmåden er benyttet ved alle ovenfor anförte Analyser; den er hurtig og distinkt og synes, navnlig hvor det gälder at isolere det rene Tyrosin, at kunne få Betydning dels til Stoffets kvantitative Bestemmelse, dels på flere Områder af Experimentalfysiologien.

Literaturfortegnelse.

I. F. HOPPE-SEYLER: Handbuch d. phys. & chem. Analyse.
II. Jahrbücher der gesammten Medicin. 1883.
III. NEUBAUER u. VOGEL: Analyse des Harns. 1881.
IV. British med. Journal. 4 Sept. 1880.
V. SALCHOWSKY u. LEUBE: Lehre vom Harn. 1882.

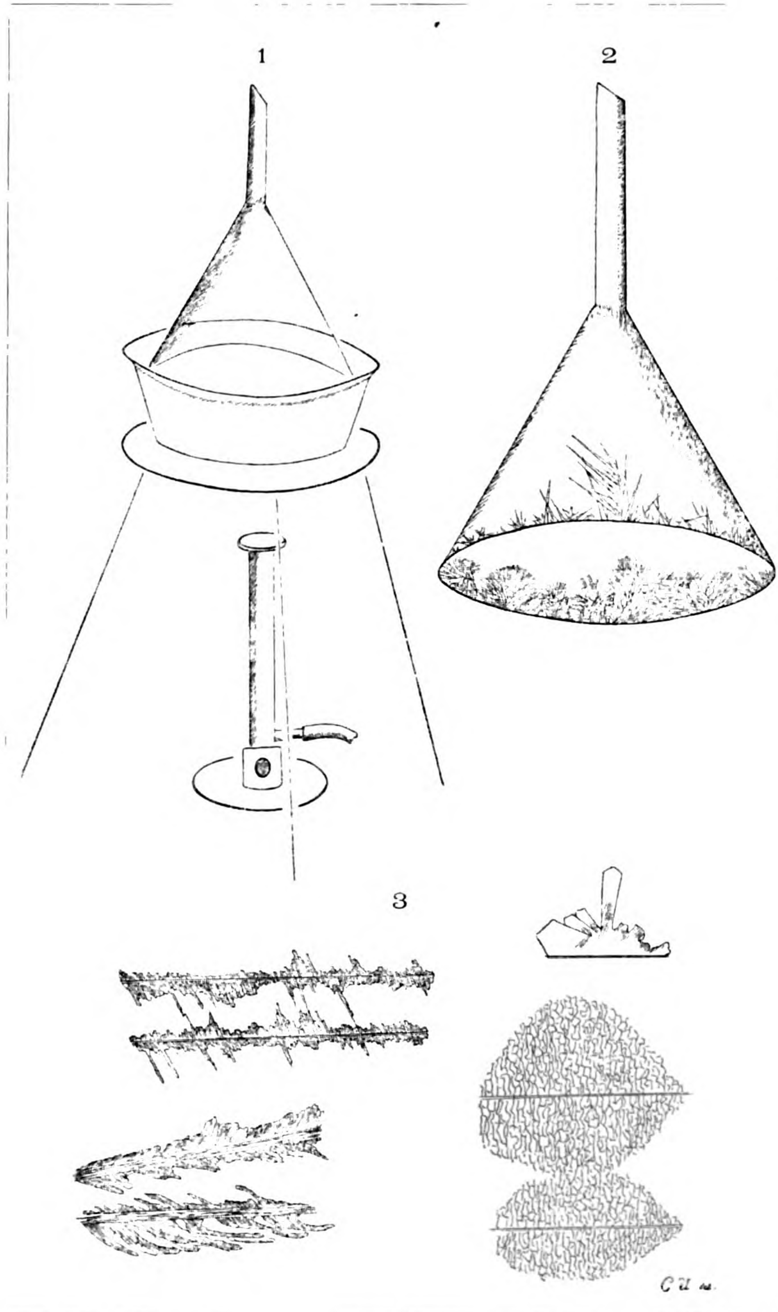
Forklaring til Tavlen.

Bill. 1. Anordning af Sublimationspröven.

Bill. 2. Middelstärkt Beslag af Tyrosinkrystaller efter Sublimationspröven.

Bill. 3. Mikroskopisk Billede af forskellige Tyrosinkrystaller, hidrörende fra Beslaget efter Sublimering. (Oljeimmersion $\frac{1}{12}$ Zeisz — Canadabalsam.)

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.


1
2
3
C U

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. N:r 12.

Om empyem i sinus frontalis.

Af

D:r GUSTAF AHLSTRÖM.

Göteborg.

Som jag under loppet af de senare åren varit i tillfälle att härstädes iakttaga tre fall af suppuration i sinus frontalis, af hvilka de två undergått operativ behandling å ögonsjukhuset, vill jag i det följande redogöra för de samma och därvid söka att lemna ett bidrag till kännedomen om denna mera sällan förekommande och ännu mera sällan beaktade sjukdom.

Hvad benämningen »empyem» angår, så är detta visserligen ej det mest träffande uttrycket för i fråga varande åkomma. Vid detta namn förbinder man ju den uppfattningen, att den sjukliga processen försiggår uti en fullkomligt sluten kavitet; så är ju ej förhållandet vid denna sjukdom, enär sinus frontalis, åtminstone under ett visst stadium af sjukdomen, står i kommunikation med näskaviteten. Rättast vore att härvidlag använda uttrycket »sinusitis suppurativa»; då jag emellertid här begagnat namnet empyem, har det skett hufvudsakligen på grund af dess lättare användande. Det är otvifvelaktigt under i fråga varande omständigheter mera berättigadt än »abscess», ty vid en dylik bör ju förefinnas en varinfiltration och ett nedsmältande af väfnaderna; vid inflammation af slemhinnan uti sinus frontalis försiggår ju suppurationen uti ett preformeradt rum, hvarur varet, så länge afloppskanalen är öppen, har fritt afflöde; väl kunna abscesser uppkomma i kringliggande väfnader, sedan benväggen perforerats, men äro dessa då blott att anse såsom komplikationer till den ursprungliga sjukdomen.

Innan jag öfvergår till att skildra i fråga varande åkomma, dess orsaker, förlopp och terapi, vill jag lemna en kort framställning af pannhålornas anatomi.

Som bekant äro de belägna omedelbart ofvanför näsroten, bakom glabella och arcus superciliares, vanligast tvänne till antalet, skilda åt genom en tunn benvägg, septum frontale, hvilken i flertalet fall är belägen i medianplanet, men ofta befinner sig förskjuten åt ena eller andra sidan, och stundom är mer eller mindre defekt.

Formen af dessa sinus är ganska oregelbunden, dock kan man, i stort sedt, uppfatta dem såsom egande en triangulär gestalt med en främre vägg, den frontala, en öfre-bakre vägg, den kraniela, och en undre-bakre vägg, den orbitala; af dessa äro ju den främre tjockast, mätande $\frac{3}{4}$—1 cm., och försedd med ett ganska tjockt diploëlager, under det de öfriga utgöras endast af helt tunna, kompakta benlameller.

Pannhålornas dimensioner äro i hög grad olika hos olika personer, äfven under fullkomligt friskt tillstånd; själf har jag varit i tillfälle att å anatomiska institutionen i Berlin göra några undersökningar angående storleken af dessa sinus hos 9 lik utaf fullvuxna personer, 6 män och 3 kvinnor; vid det ena af dessa egde den högra sinus en utsträckning af endast 1 cm., under det att den vänstra mätte nära 4 cm. i de tre olika hufvudriktningarna; därjämte saknades i detta fall å pannbenets högra del nära nog hvarje antydan till diploë. Hos de öfriga varierade höjdmåttet mellan 2,20 och 4 cm.; tvärmåttet mellan 2,6 och 4,5 cm., samt djupmåttet, taget vid näsroten mellan 2 och 3,5 cm. Jämförda med andra mätningar, som förut gjorts, kan man altså anse, att sinus frontalis i medeltal mäter ungefär 3 cm. i de olika dimensionerna; hos kvinnor dock i regel något mindre. Naturligtvis kunna härifrån många afvikelser förefinnas; ytterligheterna å ena sidan äro, att de fullkomligt saknas, å andra sidan, att de sträcka sig uppåt ända till midten af pannbenets pars perpendicularis, bakåt långt in mellan orbita och basis cranii, och utåt ända till sutura zygomatico-frontalis. [1]) Hos barn af 6 till 7 års ålder äro de af ungefär en ärts storlek; deras egentliga utveckling infaller under pubertetsåldern, dock erhålla de icke sin definitiva stor-

---

[1]) WECKER et LANDOLT: Traité complet d'ophthalm. IV.

lek förr, än personerna uppnått början af 20-talet; under senescensen lära de ytterligare något utvidgas.

Hvarje sinus står medels ductus naso-frontalis i kommunikation med näskaviteten; denna kanal börjar trattformigt i främre-undre vinkeln på ett helt litet afstånd från septum, sträcker sig därifrån, innesluten uti främre silbenscellerna, snedt uppifrån och nedåt, utifrån och inåt samt framifrån och bakåt för att mynna ut i främre delen af meatus medius; dess längd är enligt GUILLEMAIN [1]) i medeltal 15 mm. hos män, 10 mm. hos kvinnor; diametern varierar mellan 2 och 3 mm.

Pannhålorna så väl som frontalkanalen äro beklädda med slemhinna, hvilken är en direkt fortsättning af nässlemhinnan, fast tunnare och mera liknande de serösa hinnorna; den är föga adherent vid benet.

Angående histogenesen, så anser STEINER [2]), att dessa sinus uppkomma därigenom, att små håligheter ifrån silbenslabyrinten vid tilltagande ålder utvidga sig i hög grad och växa in uti pannbenet, hvarvid dettas diploë på grund af trycket resorberas, och på så sätt gifva upphof åt pannhålorna. Enligt KÖLLIKER [3]) utgöras däremot näsans bihålor till sin första början utaf af brosk omgifna utbuktningar af nässlemhinnan, utan att dessa dock stå i någon som hälst gemenskap med kringliggande ben; så småningom bilda emellertid dessa senare ett yttre hölje omkring dessa utbuktningar, hvarefter broskkapslarna försvinna utan att förbenas; bihålorna komma då att begränsas omedelbart af de nämnda benen, i hvilka sedermera vidare håligheter utbilda sig.

Att i likhet med HYRTL [4]) anse dessa sinus tjäna till att hålla näskaviteten fuktig medels sekret ifrån slemhinnan, torde man nog ej obetingadt kunna göra, så mycket mindre som förekomsten af slemkörtlar därstädes äro betydligt sparsammare än i nasalslemhinnan och enligt somliga författare alldeles saknas. Deras uppgift består sannolikt endast uti att bereda ett skydd för hjärnan vid yttre skador å pannregionen, då tilläfventyrs främre sinusväggen perforerats.

---

[1]) Etude sur les abscès des sinus frontaux, considérés principalement dans leurs complications orbitaires, leur diagnostic et leurs traitement. Archives d'Ophthalmol. 1891, jan., febr.

[2]) Entwickelung der Stirnhöhlen und deren krankhafte Erweiterung durch Ansammlung von Flüssigkeiten. Langenbecks Arch. f. klin. Chirurgie, XIII.

[3]) Grundriss der Entwickelungsgeschichte des Menschen und der höheren Thiere.

[4]) Handbuch der topograf. Anatomi.

Så mycket större betydelse kunna de däremot erhålla vid sjukliga förändringar i de samma, så väl med afseende på de närbelägna synorganen som quoad vitam.

De vanligaste sjukdomarna i sinus frontalis bestå uti inflammationer af deras slemhinna. Dessa kunna vara dels katarrer, med afsöndrande af slemmigt sekret, dels suppurativa processer, empyem.

Hvad den senare sjukdomens *förlopp* beträffar, så torde ett strängt särskiljande mellan akuta och kroniska empyem ej kunna genomföras, ty fråga är väl om icke äfven vid de primära, akuta empyemen ett kroniskt inflammationstillstånd uti slemhinnan föregått, hvilket dock på grund af dess mindre pregnanta symptom ej gifvit sig tillräckligt tillkänna, förr än af en eller annan anledning en akutisering inträdt.

Så uppgifva i flertalet fall de sjuka, att de under en längre tid, stundom många år haft smärtor i pannan och tyngd i hufvudet samt märkt någon frambuktning vid inre ögonvinkeln, utan att de dock fäst vidare uppmärksamhet därvid. Blifva de emellertid t. ex. angripna af en häftig snufva, kan hastigt bilden af ett akut empyem visa sig. Detta gifver sig tillkänna (fall III) med feber, frysningar, intensiv hufvudvärk, företrädesvis öfver näsroten och mediana pannregionen, hvarest patienten äfven är enormt känslig för tryck; allmänna befinnandet är dåligt, och stundom uppträda äfven cerebrala symptom. Huden å öfre ögonlocket, ögonbrynet och angränsande delar af pannan är rodnad, ödematös, och stundom uppträda häftiga flegmonösa symptom med exoftalmus. Därunder försiggår liflig suppuration uti frontalsinus, hvarvid den ansvälda slemhinnan kan tilltäppa frontalkanalen och därigenom mer eller mindre hindra varets afflöde.

Vid vissa fall händer det, att efter någon tids förlopp kanalen åter blir permeabel för det ansamlade exsudatet, hvarvid helt plötsligt en riklig mängd var utflödar ur näsan; därefter visar tillståndet en hastig förbättring, de inflammatoriska symptomen försvinna, och befinnandet är tils vidare jämförelsevis godt.

Är däremot canalis naso-frontalis icke als tillgänglig, på grund af starkare ansvällning af slemhinnan eller nybildningsprocesser — polyper i näskaviteten, exostoser å septum m. m. — så inträder fullkomlig stagnation af varet uti sinus; efter någon tids förlopp dilaterar det hålan, ektasier af väggen upp-

komma, varet usurerar benväggen på ett eller annat ställe och banar sig väg utåt, gifvande därvid upphof till en fistelbildning. Och inflammationen kan sedan under upprepade remissioner och exacerbationer altjämnt fortgå.

De kroniska empyemen stå på gränsen till de katarrala sinusiterna; det enda mera framträdande objektiva symptomet är den alt mer tilltagande utvidgningen af kaviteten samt, så vida frontalkanalen är passabel, varflytningen ur näsan; rodnaden och ansvällningen af huden å näsroten och ögonbrynstrakten saknas däremot mer eller mindre fullständigt, tils eventuelt en akut attack inträder, då de nämnda inflammatoriska symptomen blifva de dominerande.

Sådan är i stora drag den sjukdomsbild, som visar sig vid dessa empyem, hvilka emellertid kunna förhålla sig ganska olika vid de olika fallen, dels på grund af det mer eller mindre akuta uppträdandet, dels på grund af de olika komplikationer, hvartill de samma kunna gifva anledning.

Angående själfva exsudatet, så består detta oftast af en blandning af slem och var, stundom egande en mera gelatinös konsistens. Ofta framkväller varet sammanbakadt i större ostiga, hvita klumpar; vid ett af Becker [1]) opereradt fall hade det framträdande exsudatet utseende af hjärnmassa, hvarför operationen skyndsamt afbröts; sjukdomens vidare förlopp visade emellertid, att det ingalunda var hjärnkaviteten som öppnats. Eljes är färgen i regel gulgrön eller grå, ofta blodblandad. Vid de mera kroniska fallen har det en penetrant fetid lukt, hvilken dock vid åtskilliga fall alldeles saknas.

Sinusslemhinnan är vid dessa empyem stark hyperemisk, mjuk och ansväld, nästan svampig (fall III); vid de kroniska fallen är den emellertid mera tunn och genomskinlig, glatt (fall II); stundom fullsatt med polypösa nybildningar, och förhåller sig högst olika vid olika fall. Liknande förändringar förefinnas uti slemhinnan i frontalkanalen, hvarvid denna senare kan fullständigt tilltäppas, antingen blott periodvis genom slemhinnans ansvällning, eller kontinuerligt genom ventilartade duplikaturer eller strikturer.

De af varretentionen förorsakade ektasierna af sinusväggen och den i och därmed uppkomna utvidgningen af kaviteten kunna i somliga fall antaga stora dimensioner. Så anför

[1]) Steiners afhandling i Langenbecks Archiv, XIII.

HULKE [1]) ett fall, där kaviteten sträckte sig mer än ett och ett halft tum djupt in längs orbitaltaket, altså godt och väl öfver hela orbitans längd; utsträckningen i öfriga riktningar var ungefär den samma. I allmänhet kan man säga, att ju längre tid som förflyter, innan det afstängda varet förskaffar sig något aflopp, desto höggradigare äro dessa ektasier; minst framträdande äro de följaktligen i de akuta fallen, där ju tidigt, stundom redan på andra eller tredje dagen, perforation af benväggen inträder.

Af de tre sinusväggarna är det den orbitala som i regel erbjuder det minsta motståndet mot det påträngande varet och buktar mer eller mindre in i orbitan, därvid förorsakande dislokation af dess innehåll. Dock är, hvad detta senare symptom beträffar, det mekaniska momentet vid dessa empyem i flertalet fall af underordnad betydelse, utan i stället träda de inflammatoriska symptomen i förgrunden. Ty liksom det är den orbitala väggen, som fortast gifver vika, så är det ock den, som mestadels blifver säte för en usur och perforation, hvarefter inflammationen hastigt fortplantas till angränsande delar, i första hand till orbitalväfnaden, hvarefter de typiska symptomen, exoftalmus m. fl. gifva sig tillkänna. Jämförelsevis sällan är det den främre tjocka sinusväggen, som förstöres, hvarvid varet utträder under pannhuden, där det bildar en fluktuerande tumor, såsom i ett af LYDER BORTHENS [2]) fall. Lyckligtvis hör det till sällsyntheterna, att den öfre-bakre sinusväggen, hvilken ju gränsar till cavum cranii, perforeras; KUHNT [3]) har dock ur literaturen kunnat samla 14 dylika fall, alla med dödlig utgång. Stundom händer det, att septum frontale perforeras, hvarvid varet vinner sitt aflopp genom den andra frontalkanalen.

Orsaken till denna perforation, vare sig af den ena eller den andra sinusväggen, får emellertid icke uteslutande sökas uti retention af varet. Ty, såsom i mitt fall III, kan frontalkanalen vara fri och med lätthet genomsläppa varet, och detta oaktadt en perforation uppkomma. Detta förhållande tyder med bestämdhet på, att slemhinneinflammationen såsom sådan är i stånd att framkalla defekter i bensubstansen. För dessa är den orbitala väggen särskildt predisponerad; dels torde varets

---

[1]) Case of abcess of the front. sin. Opthalm. Hosp. Reports, III.

[2]) Beobachtungen über das Empyem des sinus front. Græfes Archiv f. Ophthalmologie, XXXI, 4.

[3]) Über die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände.

rent mekaniska tryck nedåt utöfva sitt inflytande, dels är denna vägg genomdragen med talrika vener, hvilka från sinusslemhinnan gå till vena ophthalmica; liknande vener, fast färre till antalet, genomdraga äfven den öfre väggen, för att därigenom begifva sig till det durala vennätet; mera sällan genomsläpper den främre väggen några blodkärl, såsom i GURWITSCHS [1]) fall, där en ven ifrån sinus inmynnade uti v. supraorbit. Längs dessa venösa banor kan man ju lätt tänka sig, att de pyogena mikroorganismerna företrädesvis kunna framtränga och därigenom bringa den angränsande bensubstansen till smältning. Och vid de fall, där perforation af öfre väggen egt rum, trots det att annat afflöde för varet förefunnits, kan af de nämnda orsakerna endast denna senare vara antaglig. Också har KUHNT [2]) kunnat påvisa koincidens mellan perforationsställena i benväggen och genomgångarna för de små venstammarna från frontalsinus.

I flertalet fall äro dessa perforationsställen helt små, belägna å undre väggen, vid öfre-inre orbitalvinkeln, ½—1 cm. bakom orbitalranden. I mera sällsynta fall nekrotiseras väggen i vidare utsträckning, hvarvid större eller mindre sekvestrar uppkomma. Som ett af mina fall företedde en dylik komplikation, vill jag här anföra det samma.

Fall I. Drängen Harald N., 25 år, besökte mig första gången den 11 juli 1893. Han hade alltid varit fullt frisk och stark men under sista våren och sommaren känt någon smärta öfver vänstra ögat, hvarjämte huden vid inre ögonvinkeln ibland varit något röd; vissa tider hade han dock hvarken känt eller sett någonting ovanligt därstädes, hvarför han ej vidare reflekterat öfver sitt tillstånd. Ofta lär han dessförinnan varit besvärad af ihållande snufva med stark flytning ur näsan.

För 6 veckors tid sedan började han å öfre vänstra ögonlocket, invid näsan, förmärka en ansvällning; denna tilltog så småningom, hvarjämte huden började blifva lifligt röd; ömhet vid beröring instälde sig, jämte ständig hufvudvärk. Stundom utkom rikligt var vid snytning.

Rådfrågad läkare öppnade några dagar före besöket hos mig den undre tårkanalen och sonderade näskanalen några gånger; tillståndet lär emellertid altjämnt ha förvärrats.

När jag första gången såg honom, befans huden å näsroten och öfre ögonlocket å vänstra sidan vara lifligt hyperemisk; ögonlocket

[1]) Die Anastomosen zwischen Gesichts- und Orbital-Venen. Græfes Archiv f. Ophthalm. XXIX, 4.

[2]) Anf. st.

något nedhängande; vid öfre-inre orbitalranden ofvanför ligament. palpebrale förefans en diffus ansvällning af fast, något elastisk konsistens, hvilken bakåt omärkligt förlorade sig; ingen fluktuation. Ögat var förskjutet något utåt; rörligheten emellertid normal och några dubbelbilder angåfvos ej; conjunctiva var något hyperemisk inemot canth. intern.; bulben för öfrigt normal.

Sond n:r 4 nedfördes med lätthet genom näskanalen, och något var kunde ej frampressas ur tårsäcken.

Undersökning af näsan visade en kronisk rhinit, med ganska betydlig ansvällning af mellersta näsmusslan.

Pat. såg frisk ut och visade ej några symptom på syfilis eller tuberkulos; något trauma å hufvudet kunde han ej angifva.

Att här icke förelåg någon affektion af tårsäcken ansåg jag vara ganska säkert; det för handen varande tårflödet kunde snarare förklaras genom det af ansvällningen förorsakade trycket å tårsäcken än genom någon inflammation af dess slemhinna. Vid de flegmonösa dakryocystiterna är ju ansvällningen mest framträdande i trakten af tårsäcken, då den däremot härvidlag hufvudsakligast gaf sig tillkänna ofvanför ligamentet och i ögonbrynstrakten, hvarjämte denna frambuktning visade en synnerlig fast konsistens.

Däremot låg det nära till hands att tänka på en inflammation af periost eller underliggande ben å angränsande orbitalrand. Platsen för ansvällningen motsvarade dock ej den, som dylika sjukdomar å i fråga varande region vanligtvis intaga, men möjligheten för en sådan affektion kunde dock ej alldeles uteslutas. Alt talade dock mest för, att en suppuration i sinus frontalis förelåg.

För att minska smärtorna och bereda aflopp för sekretet föreslog jag att göra en incision, hvilken jag tänkte lägga genom ögonlocket och den frambuktande sinusväggen; som han emellertid icke vidare ville underkasta sig något nytt operatift ingrepp, ordinerade jag endast varma omslag och svag sublimatlösning till tvättning af ögat.

Den 3 juli infann han sig åter, uppgifvande, att ett par dagar förut en liten benskärfva »värkt ut ur hufvudet» på honom; benet hade han ej tillvaratagit; han hade sista tiden haft synnerlig svår hufvudvärk, hvilken emellertid nu var betydligt bättre. Vid lossandet af bandaget fans därunder samladt rikligt med gröngult, illaluktande var, hvilket altjämt framkvälde ur en öppning, belägen vid öfre ögonlockets nasala del, ungefär ½ cm. ofvanom ögonvinkeln och något utanför den samma. Ögonlocket var starkt ödematöst ansväldt och nedhängande; konjunktivan chemotisk; bulben devierad något utåt och dess rörlighet inåt något inskränkt; för öfrigt normal. Efter varflytningens början lär allmänna tillståndet i hög grad förbättrats.

Vid tryck å ögonlocket frampressades med lätthet var ur denna fistel, och kunde jag därvid iakttaga, att en benkant stack något litet fram i själfva mynningen; med tillhjälp af en pincett kunde jag därefter framdraga en benlamell, hvarefter en stor mängd var framkvälde.

Det nekrotiserade benet är af oval form, mätande 12 mm. i längd, 5 mm. i bredd och är genomborradt af ett antal helt små, fina hål; till tjockleken är det ungefär såsom skalet af ett hönsägg; dess ena

något konkava yta är glatt, dess svagt konvexa yta är däremot ojämn och skroflig. Hela dess utseende gifver otvetydigt vid handen, att det härstammar från undre sinusväggen.

Att här förelåg ett fall af empyem i sinus frontalis kunde altså icke längre vara tvifvel underkastadt; medelst en sond, förd uppåt genom fisteln, kunde man med lätthet komma in i en rymlig kavitet ofvanför orbitaltaket, och tycktes denna kavitet vara af ganska betydande dimensioner.

Jag föreslog patienten att underkasta sig en operation för att blifva befriad från varflytningen, men härpå ville han ej gärna inlåta sig. Jag gjorde då medelst ANELs spruta ett par gånger utsköljningar af svag sublimatlösning genom fisteln, hvarvid äfven något litet af vätskan utrann ur näsan; föreskref jodoformsalva och sublimat. De inflammatoriska symptomen aftogo så småningom, men afsöndrandet af illaluktande, gröngult var fortfor altjämt.

När jag sista gången såg honom, den 21 januari 1894, kvarstod en fistel vid öfre-inre orbitalvinkeln, hvarur var lär periodvis flyta i stor ymnighet, enligt hans egen uppgift; ur näsöppningen framkom däremot intet var. En ganska tydlig frambuktning af näsroten och orbitaltaket förefans, och vid palpation af detta senare kunde, något baktill och omedelbart vid dess öfvergång uti mediala väggen, en defekt af väggen konstateras, utan tvifvel sätet för den nämnda sekvestern; själfva ögat utan anmärkning.

RAMAGE[1]) anför ett liknande fall, där han aflägsnat en synnerligen stor sekvester, hvilken mätte trefjärdedels tum i kvadrat; dess undre hälft bestod af frontalbenets orbitala del, dess öfre hälft af detta bens vertikala parti.

Dylika större sekvestrar, hvilka ju, såsom sagdt, höra till undantagen, tyda på, att periostet på ett eller annat ställe i större utsträckning blifvit inbegripet uti inflammationsprocessen och därigenom benväggens nutrition å i fråga varande område omöjliggjorts. Någon egentlig skilnad uti de inflammatoriska symptomens vidare uppträdande vid de fall, där endast en helt liten perforation af benväggen egt rum, jämförda med dem, där en dylik större nekros uppstått, har jag emellertid ej kunnat finna.

Efter det varet perforerat den undre sinusväggen, utgjuter det sig ju i orbitan, hvarifrån det söker att bana sig väg utåt; mera sällan sker detta genom conjunctiva, i regel genom hu-

---

[1]) Acute abscess of frontal sinus with necrosis, simulating orbital cellulitis. The Lancet 94, n:r 3680.

den; stundom går detta hastigare för sig, i andra fall mera långsamt. Mer eller mindre kommer därvid den orbitala cellväfnaden att deltaga uti inflammationen, och i mon däraf visar sig än en häftig phlegmone orbitæ, än endast en mindre framträdande ödematös infiltration af väfnaden vid sidan om den ursprungliga abscessen. Bulben bliver därvid mer eller mindre dislocerad framåt, utåt och nedåt, stundom vid de högre graderna af exophthalmus är den fullkomligt orörlig; den täckes i högre eller lägre grad af det ansvälda ögonlocket; höggradig chemosis är vanligen för handen; mera sällan angripes cornea eller ögats öfriga delar. Vid LYDER BORTHENS [1]) ena fall förefans choroiditis disseminata, men torde denna ej stå i kausalförhållande till empyemet.

Med afseende på sjukdomens *etiologi* så är i det öfvervägande flertalet fall orsaken att söka uti inflammationer i näskaviteten, hvarifrån ju lätt nog de pyogena mikroorganismerna kunna inkomma uti frontalkanalen och sinus och infektera dess slemhinna; så väl de akuta som de kroniska näskatarrerna kunna tjäna såsom dylika predisponerande moment. Svårligen torde mikroorganismerna kunna intränga uti pannhålan utan att samtidigt inficiera näskaviteten. Å andra sidan gifver ju ett empyem, med afflöde genom frontalkanalen, anledning till en rhinit, hvarför det i dylika fall — och så i mitt fall III — ej är möjligt att med bestämdhet afgöra, hvad som härvidlag är orsak eller verkan.

Icke sällan förefinnas vid dessa empyem polyper å násslemhinnan, särskildt å mellersta näsmusslan, hvilka genom det försvårade afflödet af sekretet ifrån pannhålan kunna bidraga till inflammationens uppträdande därstädes.

Ett trauma angifves ofta såsom orsak till denna sjukdom; ett slag vid öfre-inre orbitalvinkeln eller å näsroten med kontusion eller fraktur af orbitalranden kan ju gifva anledning till en periostit och ostit med nekros och perforation af främre sinusväggen samt efterföljande suppuration i kaviteten. Stundom lär emellertid sjukdomen uppträda äfven efter helt obetydliga travmer å i fråga varande region.

Vid vissa tillfällen kan tuberkulos lokalisera sig i pannbenet och genom nekrotisering af sinusväggen sekundärt leda till empyembildning.

---

[1]) Anf. st.

Äfven syfilis, som ju i tertiära stadiet ofta hemsöker kranialbenen, kan gifva anledning till suppuration i pannhålorna.

Stundom har man vid dessa empyem funnit främmande kroppar, såsom revolverkulor, knifspetsar o. dyl. inbäddade uti pannhålorna; likaså delar af sädesax, hvilka dit inkommit genom näsan.

Parasiter, såsom vissa insektslarver, hafva i vissa sällsynta fall befunnits vara orsak till empyemet; dock ha dylika fall så godt som uteslutande iakttagits i de varmare länderna. HYRTL anför i sin anatomi ett fall, där en lefvande scolopendra framkommit vid snytning, och anser han denna med all sannolikhet haft sin plats i pannhålan och varit orsaken till en intensiv hufvudvärk. Det enda liknande fall, som mig veterligt hos oss förekommit, är ett af SANDAHL [1]) anfördt, där hos ett 34 veckor gammalt barn en massa flugor jämte blodblandadt vatten framkommit ur näsan, hvilket fall emellertid ej torde få räknas hit, enär vid den åldern frontalsinus ju i regel ej äro så pass utvecklade.

Alla dessa sist anförda etiologiska moment äro emellertid endast sällan för handen, utan är orsaken, som sagdt, mestadels att söka uti sjukliga förändringar af näsans slemhinna.

Diagnosen af dessa empyem kan stundom erbjuda ganska stora svårigheter; detta är särskildt fallet i sjukdomens första stadier, så länge varet ännu ej hunnit vinna något afflöde, och innan någon deformation af benväggen inträdt.

Smärtor, stundom intensiva och ofta af intermittent karakter, angifvas för det mesta af patienterna, äfven innan sjukdomen objektift börjat gifva sig tillkänna; de lokalisera dem med bestämdhet till näsroten och området för n. supraorbitalis. Dock är detta symptom altför litet karakteristiskt för att genast kunna leda tanken på den rätta diagnosen, utan uppfattas smärtorna oftast såsom varande vanliga nevralgier; dessutom behöfva ej i alla förekommande fall detta symptom med nödvändighet vara för handen.

En noggran inspektion af näskaviteten kan ofta bidraga till ställande af en säker diagnos. Periodiskt varflöde ur ena näsöppningen med samtidigt upphörande eller förminskande af de nämnda smärtorna talar starkt för, att empyem i sinus frontalis föreligger; varet kan ju dock härstamma t. ex. från antrum

---

[1]) Om insekters förekomst inom den mänskliga organismen. Hygiea, okt. 87.

Highmori eller från öfre delen af näshålan, och endast i undantagsfall torde det vara möjligt att vid inspektion af cavum narium med bestämdhet afgöra, hvarifrån varet härstammar. Ofta finner man vid denna sjukdom, såsom jag förut nämnt, en rhinitis chron., och är därvid den starkt ansvälda mellersta näsmusslan belagd med tjocka skorpor; något fullkomligt säkert tecken är emellertid ej håller detta symptom.

Så föga afgörande hvart och ett af dessa symptom äro i och för sig, så kunna de dock tillsammans, jämte de anamnestiska data, mestadels vara tillräckliga för att göra diagnosen af ett börjande empyem i sinus frontalis ganska säker.

Har sjukdomen inträdt i ett mera framskridet stadium, så att benväggen blifvit mer eller mindre frambuktad och inflammatoriska symptom börjat visa sig i omgifningen, då låter sig sjukdomen visserligen lättare diagnosticeras, men kan den dock ofta, äfven då, gifva anledning till förväxling med andra sjukdomar i orbitan.

MÜLLER[1]) angifver såsom hållpunkt i differentialdiagnostiskt afseende, att äfven vid de tidiga stadierna af empyem med relatift ringa ansvällning af ögonlocket en höggradig ptosis inträder, under det att vid de orbitala inflammationerna ansvällningen af ögonlocket och ptosis hålla jämna steg.

Vid de kroniska empyemen, där blott obetydliga inflammatoriska symptom uppträdt, och där sjukdomen hufvudsakligast gifvit sig tillkänna genom frambuktning af orbitala sinusväggen, kan tillståndet i hög grad likna en tumörbildning, utgående ifrån orbitalväggen. Hertig CARL THEODOR[2]) anför ett dylikt fall, där den undre sinusväggen buktade in i orbitan i form af en hasselnötstor, väl begränsad svulst, hvilken dislocerat ögat nedåt och utåt; någon fluktuation förefans icke als, och ansågs det att en exostos från orbitaltaket förelåg; vid operationen brast emellertid benväggen, och exsudat från den inflammerade sinus uttömde sig. Äfven MARTIN[3]) har varit utsatt för liknande misstag; vid det i fråga varande fallet var, utan att några smärtor eller någon flytning ur näsan förmärktes, hela orbitala sinusväggen deplacerad utåt; förutom exoftalmus visade denna

---

[1]) Über Empyem des sinus frontalis und ethmoidalis. Wiener klin. Wochenschr. 1895, n:r 11.

[2]) Beitrag zur Kasuistik der Orbitaltumoren. Schmidts Jahrbücher, 211.

[3]) Tumeurs de l'orbite causées par une sinusite frontale. Annales d'Oculistique Sept. 94.

patient äfven monolateral hemianopsi och förminskning af synstyrkan, beroende på det mekaniska trycket å synnerven; dessa senare symptom kvarstodo äfven efter det operation utförts och suppurationen upphört.

Dylika fall, som visserligen högst sällan torde förekomma, visa emellertid till fullo, huru vanskeligt det mången gång, trots noggrannaste undersökning, kan vara att med säkerhet diagnosticera denna sjukdom. Vanligtvis är dock den frambuktande sinusväggen i hög grad förtunnad, hvarigenom prominensen får en mera elastisk konsistens och kännes vid palpation något litet fluktuerande, hvilka symptom tala emot förhandenvaron af någon dylik tumör.

Har perforation af sinusväggen egt rum, kan den subkutana, fluktuerande svulsten lätt förväxlas med intraorbitala abscesser af annat ursprung; dock kan ju vid en vanlig phlegmone orbitæ nästan alltid infektionskällan spåras, hvarjämte exoftalmus vid denna senare åkomma vanligen ej är förenad med någon deviation af bulben nedåt och utåt, såsom fallet är vid dessa empyem, där ju ansvällningen företrädesvis är lokaliserad uppåt och inåt.

Den orbitala abscessen, liksom den sedermera uppkomna fisteln, kan simulera en periostit af tuberkulöst eller syfilitiskt ursprung; i differentialdiagnostiskt afseende kan det därför vara af vikt att ihågkomma, att dessa senare hafva sitt predilektionsställe vid orbitalrandens nedre-yttre parti. PANAS [1]) anser, att hos fullvuxna personer bör hvarje suppuration, utgående från orbitans öfre del, i granskapet af sinus frontalis, genast väcka misstanke på, att inflammationen har sin utgångspunkt just i denna sinus. Möjligheten af, att i sällsynta fall äfven öfre orbitalranden kan blifva säte för primära periostiter och ostiter, kan ju dock ej alldeles uteslutas, och låta dessa fall sig svårligen i diagnostiskt hänseende med bestämdhet skilja ifrån empyemen.

Under sådana omständigheter bör incision med efterföljande sondering företagas, och kan man ju då få visshet om, huruvida någon kommunikation med frontalsinus förefinnes eller ej. Denna kommunikation är i många fall, och så i det följande af mig här nedan anförda, ej lätt att kunna påträffa med

---

[1]) Considerations cliniques sur les abcès des sinus frontaux, pouvant simuler des lesions independantes de la cavité orbitaire. Archives d'Ophthalm. Mai—Juin 1890.

sonden; lättast går detta för sig, om man böjer dess spets i form af ett näbb, hvilket, riktadt uppåt, föres längs under sinusväggen; väl inkommen genom perforationsstället öfverraskas man stundom af att finna sinus i hög grad dilaterad.

Såsom exempel på, huru lätt dessa empyem i nämnda stadium kunna gifva anledning till förväxling med andra sjukdomar i orbitan, och huru ofta dylika misstag verkligen göras, vill jag anföra, att af de fyra fall, hvilka PANAS haft tillfälle att iakttaga, hade hos de tvänne förut diagnosticerats en osteoperiostit å öfre orbitalranden, hos den tredje ett gumma å samma ställe, och hos den fjärde en tenonitis; »autant d'erreurs de diagnostic qu'il y a eu de cas» säger P. i sitt nyss anförda arbete.

Ytterst sällan torde däremot diagnostiska misstag i andra riktningen förekomma, hvarvid altså sinusempyem diagnosticerats, utan att sådan sjukdom förefunnits. Ett sådant fall anför SSAPESHKO, [1]) där operationen, som verkstäldes i och för botandet af ett diagnosticeradt empyem, visade det öfverraskande resultatet, att någon pannhåla alldeles icke existerade. S. antager, att suppurationen, hvilken åstadkommit en fistel vid näsroten, i stället hade sin utgångspunkt från främre delen af silbenet.

För att öfvervinna dessa diagnostiska svårigheter har VOHSEN [2]) angifvit en metod att upplysa sinus; medelst en af honom konstruerad belysningsapparat ledes ljuset till dessa sinus, så att de för undersökaren visa sig starkt belysta; den fria änden af apparaten tryckes hårdt emot pannhålans bas, d. v. s. mot orbitala väggen, hvarvid ljuset faller in uti kaviteten och låter dess gränser noggrant bestämma sig. Ifall sinus därvid kan godt upplysas, ansåg sig V. kunna draga den slutsatsen, att varbildning uti den samma icke förefinnes.

Dock torde man icke af fenomenen härvidlag få anse sig vid hvarje fall bekomma otvetydiga bevis för vare sig ett normalt eller ett patologiskt tillstånd uti dessa sinus. Så har ZIEM [3]) framhållit, att empyemens begynnelsesstadium, vid hvilket

---

[1]) Westnik-Oftalmologii, enligt referat i Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde, aug. 1890.

[2]) Die Durchleuchtung der Oberkieferhöhle und Stirnhöhle und deren Erkrankungen. Berliner klin. Wochenschr., 1890, n:r 2.

[3]) Durshleuchtung oder Probedurchspülung der Kiefer- und Stirnhöhle? Berliner klin. Wochenschr., 1891, n:r 24.

blott ringa suppuration förefinnes, icke låter sig med nämnda förfaringssätt diagnosticeras; därjämte förefinnas stora individuela olikheter så väl med afseende på storleken af dessa sinus som på väggarnas tjocklek, hvarför det t. ex. lär kunna hända, att en tjockväggig sinus förblifver mörk utan att vara på något sätt sjukligt förändrad. I de mera framskridna stadierna af i fråga varande sjukdom är ju diagnosen jämförelsevis lätt och detta senare hjälpmedel öfverflödigt.

Har man kommit till visshet om, att empyem i sinus frontalis föreligger, så framställer sig frågan, hvilken *terapi* som bör användas för att säkrast och hastigast befria patienten från denna allvarliga åkomma.

Har sjukdomen inträdt i ett så pass framskridet stadium, att frambuktning af sinusväggen inträdt eller perforation af den samma redan egt rum, kan ej någon tvekan förefinnas, att härvidlag liksom vid hvarje annan varansamling genom en rymlig öppning å kavitetens vägg bereda obehindradt afflöde för varet och häfva suppurationen. Tvänne rationela förfaringssätt, i hufvudsak dock ganska öfverensstämmande, hafva för detta ändamål blifvit föreslagna, och hade jag att vid behandlingen af båda mina här nedan anförda fall att välja mellan de samma.

Den ena operationsmetoden är angifven af NEBINGER[1]) och består uti bortmejsling af främre sinusväggen i stor utsträckning, så väl i vertikal som i horisontal riktning; därefter aflägsnas hela slemhinnan både i sinus och i ductus naso-frontalis medelst skarp slef eller raspatorium, och dränrör inlägges genom hudsåret. På ungefär liknande sätt går JANSEN[2]) tillväga men håller sig hufvudsakligast till den orbitala sinusväggen och aflägsnar den samma i hela dess utsträckning och vid större sinus delvis äfven den frontala väggen. KUHNT[3]) går ännu mera radikalt tillväga och aflägsnar fullkomligt så väl den undre som den främre benväggen jämte slemhinnan.

PANAS[4]) använder däremot trepanation utaf den främre sinusväggen i en utsträckning af 1 cm., men bibehåller, i mot-

---

[1]) PRAUN: Die Stirnbeinhöhleneiterung und deren Operativbehandlung.

[2]) Zur Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischer Eiterung. Archiv f. Laryngologie und Rhinologie, I, 2.

[3]) Anf. st.

[4]) GUILLEMAIN: Etude sur les abcès des sinus frontaux et cet. Archives d'Ophthalm., mars—april 1891.

sats till de förre, slemhinnan och dränerar genom frontalkanalen; för dränrörets införande genom denna utvidgar han trepanationsöppningen uppåt med mejsel ungefär ½ cm.

Af flere omständigheter beslöt jag mig för att följa den sist anförda metoden; dels är trepanationen lätt och hastig att utföra, jämförd med uppmejsling af främre väggen; dels är man därvidlag fri från den ymniga blödningen, som den radikala utskrapningen af slemhinnan medför, och dels syntes mig dränagen genom näsan böra vara synnerligen effektiv. Också anför G. ett fall, där den orbitala dränagen icke medfört någon verkan, hvaremot efterföljande dränage genom ductus nasofrontalis genast åstadkommit förbättring och snart nog hälsa.

Resultatet af mina operationer blef synnerligen tillfredsställande, trots att det ej i någotdera fallet lyckades mig att åstadkomma denna dränage genom frontalkanalen, såsom af det följande vill framgå. Själfva detaljerna vid operationens utförande vill jag nu anföra i sammanhang med sjukhistorierna i öfrigt.

Fall II gäller en 50-årig smed, Carl A., från Göteborg. Han har alltid varit fullkomligt frisk samt ej haft något nämnvärdt ondt, förr än för 6 år sedan, då han helt hastigt fick en »böld» å öfre, vänstra ögonlocket; något trauma eller någon som hälst annan orsak kan han ej angifva, ej häller kan han påminna sig hafva dessförinnan särskildt besvärats af snufva eller varflytning ur näsan. »Bölden» förorsakade honom mycket svåra smärtor och hufvudvärk, tils han efter några dagars förlopp blef opererad af en fältskär, hvarvid en massa var lär ha utrunnit ur den gjorda öppningen å öfre ögonlocket. Därefter bättrade sig tillståndet så småningom, så till vida att svullnaden lade sig och smärtorna upphörde; däremot har altsedan dess oafbrutet slem och var framsipprat genom öfre ögonlocket, stundom mera sparsamt, stundom i rikligare mängd, och därvid runnit in på själfva ögat och gjort honom tidtals oförmögen till arbete; några smärtor har han däremot ej haft, men väl svår hufvudvärk vissa tider. Förutom med invärtes medicin har han under alla dessa åren behandlats med många olika sorters ögonvatten, droppar och salvor.

Vid min första undersökning af patienten den 22 okt. 1894 fann jag en kraftigt bygd man, med ganska godt hull och ingalunda sjukligt utseende. Å vänstra sidan förefans ett höggradigt, cikatricielt ektropion å öfre ögonlocket, så att detta vid blundande lemnade ungefär en fjärdedel af cornea obetäckt, trots bulbens rotation uppåt. Detta ektropion var beroende på, att huden vid öfre tarsalranden, ungefär å ögonlockets midt, var adherent vid orbitalranden, där en trattformig indragning af ögonlocket förefans. Denna fortsatte sig inåt uti en

smal fistelgång, som sträckte sig in under orbitaltaket och genomsläpte ganska rikligt med var. Uppåt-inåt buktade orbitalväggen något in i orbitan, jämförd med andra sidan, dock ej så att någon tydlig prominens kunde iakttagas. Bulben normal, likaså dess rörlighet. S. u. o. = $\frac{6}{6}$, E; oftalmoskopet visade intet abnormt.

Några symptom på lues eller tuberkulos kunde ej påvisas. Från näskaviteten intet att anmärka.

En veckas tid senare företog jag under narkos sondering af fistelgången; efter det jag något inciderat dess mynning kunde en medelgrof sond med lätthet införas längs öfre orbitalväggen; något blottadt ben eller ojämnheter å benväggen kunde emellertid ej upptäckas; först sedan jag böjt sonden vinkelformigt i spetsen, lyckades det mig efter upprepade försök att påträffa en defekt i orbitaltaket; denna var belägen ungefär 1 cm. från orbitalranden och bakom incisura supraorbit.; till en början var den helt liten, blott jämnt och nätt genomsläppande sonden, men efter försiktiga rotationer af denna senare blef den lättare tillgänglig, så att sonden kunde obehindradt inträda uti frontalsinus; därvid visade sig denna vara ganska betydligt utvidgad bakåt längs orbitan och äfven i vertikal riktning. Vid sondens uttagande framkvälde rikligt med gröngult var, och sedermera vid injektioner af sublimatlösning genom fisteln utrunno stora kvantiteter däraf; icke det minsta af sköljvätskan eller af varet utrann emellertid därvid ur näsöppningen.

Den 26 november företog jag operation.

Vid denna operation, liksom vid mitt följande fall, hade jag förmonen att assisteras af d:r KNUT BELFRAGE. Såsom jag förut nämnt, var det min afsikt att använda den af PANAS föreslagna metoden att trepanera främre sinusväggen och dränera genom ductus naso-frontalis; och gick jag därvid enligt GUILLEMAINS [1]) anvisning tillväga på följande sätt:

Omedelbart under ögonbrynets nasala del gjordes en incision af ungefär 35 mm:s längd, och i vinkel mot detta lades ett annat snitt i medianplanet, sträckande sig från näsroten 25 mm. uppåt, med sin nedre kant förenande sig med det förra. Denna vinkelformiga lambå innefattade förutom huden och muskulaturen äfven periostet, hvilket lösgjordes medelst raspatorium från det underliggande benet; arteria supraorbitalis skonades, men behöfde jag icke, såsom G. tillråder, skjuta den samma utåt. På det sålunda blottade pannbenet applicerade jag vid främre sinusväggens nedersta del, alldeles invid orbitalranden, en trepankrona af 1 cm:s diameter. Genomborrningen försiggick med lätthet, och efter benskifvans upplyftande tedde sig den underliggande slemhinnan såsom en matt, något utspänd, gråblå membran; slemhinnan fattades med en pincett och genomkliptes, hvarvid ganska rikligt med pus utrann. Kaviteten utsköljdes med svag sublimatlösning,

---

[1]) Anf. st.

och visade den sig vara ej obetydligt dilaterad, hufvudsakligast i riktning framifrån och bakåt.

För att kunna införa den af PANAS angifna och här nedan beskrifna katetern genom frontalkanalen, utvidgade jag medelst mejsling i riktning uppåt den genom trepanationen erhållna öppningen i en utsträckning af ungefär ½ cm., hvarigenom altså defekten i sinusväggen kom att i sin helhet ega en längd af 1½ cm.

Därefter försökte jag att uti frontalkanalen införa den nämnda katetern. Efter å kadaver gjorda försök har det lyckats PANAS att konstruera en kateter af den form, att den, efter att hafva införts genom en lämplig öppning i främre sinusväggen, kan passera frontalkanalen och därifrån framkomma genom näsöppningen; denna kateter, som är försedd med ett handtag, har en längd af 18 cm., handtaget ej inberäknadt; såsom varande af stål eger den en viss grad af elasticitet, hvarigenom den kan i någon mon lämpa sig efter individuela olikheter i i fråga varande kanal; den eger en ganska stark krökning, tilltagande alt mer mot dess spets, och utgör denna krökning mer än en halfcirkel. Till sin kaliber, afpassad för den kanal den har att passera igenom, är den något mindre än en vanlig kanellerad sond; i änden är den något tjockare och afrundad, med en diameter därstädes motsvarande n:r 8 å Charrières skala; ofvanför denna utvidgning är ett hål, genom hvilket en tråd kan trädas för att vid katetern fixera ett dränrör, liksom förhållandet är med Bellocqs rör.

Efter det sinus blifvit öppnad i ofvan angifna utsträckning, inför man kateterns spets uti kaviteten emot dess nedre-främre vinkel, hvarest ju frontalkanalens öfre öppning är belägen, nära medianplanet. Handtaget hålles därvid nedåt mot kinden, och på samma gång man trycker spetsen längre ned i sinus höjer man så småningom och helt försiktigt handtaget, så att det beskrifver en halfcirkel, hvarigenom detta kommer att, när sonderingen är verkstäld och spetsen framkommer genom näsöppningen, befinna sig vid pannan. Därunder har själfva katetern passerat frontalkanalen och inkommit uti näskaviteten, där den längs septum sänkt sig ned mot näshålans golf och fram till näsöppningen. Ett dränrör fastgöres vid den samma, hvarefter samma manöver utföres i motsatt riktning, hvarvid altså dränröret införes genom kanalen nedifrån och uppåt.

Trots upprepade försök visade det sig emellertid omöjligt att införa denna kateter uti frontalkanalen, hvilken tycktes vara fullkomligt oblitererad. Som jag emellertid, så vida sig göra lät, ville åstadkomma ett aflopp för varet nedåt genom näsan, försökte jag att medelst BOWMANS sonder åvägabringa ett dylikt; och efter några försök lyckades det mig att med öfvervinnande af något motstånd införa n:r 6 genom kanalen. Då ej häller härefter PANAS' kateter kunde passera kanalen, afstod jag från vidare försök därmed, öfvertygad som jag var, att den gjorda kommunikationen mellan sinus och näskaviteten skulle visa sig tillräcklig för varets afflöde.

Kaviteten spolades väl ren med sublimat, suturer anlades, och vid sårets vinkel fördes ett dränrör genom öppningen i benväggen in i sinus.

De första dagarna efter operationen var suppurationen ganska liflig, och rikligt med var framkom så väl genom dränröret som genom näsan; några vidare smärtor eller andra obehag hade pat. emellertid ej, undantagandes att känseln å den mediala delen af pannan var under den första veckan fullkomligt borta.

Tre gånger om dagen företogs utsköljning af sinus med sublimatlösning 1 : 5000, hvarvid öppningen till näsan fortfarande visade sig permeabel. Tillståndet bättrade sig därunder jämförelsevis hastigt, så att efter tre veckor, då varsekretionen så godt som alldeles upphört, dränröret kunde borttagas. Adherensen mellan ögonlocket och orbitalranden genomskars subkutant, och de bägge fistlarna utskrapades med skarp slef, hvarefter de snart läktes, så att pat. den 22 december — altså icke fullt en månad efter operationen — kunde fullt frisk utskrifvas. Äfven i kosmetiskt hänseende var tillståndet vida bättre, än man kunnat vänta, i det att ärret efter den nedre incisionen fullkomligt doldes i hudvecken å det öfre ögonlocket, och efter det vertikala snittet kvarstod blott ett smalt, lineärt ärr.

Första tiden efter utskrifningen besvärades pat. af en synnerligen penetrant lukt ur näsan, så att, som han uttryckte sig, folk ej kunde vara i samma rum som han. Efter någon tids användande af näsdusch och gurgling med klorsyradt kali blef han fullkomligt befriad från denna olägenhet; och har tillståndet alt sedan varit i hög grad tillfredsställande i alla afseenden.

Fall III. Den 20 maj 1895 intogs å Ögonsjukhuset den 35-årige jordbruksarbetaren Nils B.

Någon allvarligare sjukdom sade han sig ej hafva genomgått sedan barndomen men lär alltid hafva varit ganska klen och svag; förnekade med bestämdhet lues. Han lär visserligen ofta förmärkt slemflytningar ur näsan, men hade han ej fäst någon uppmärksamhet därvid; något var hade däremot aldrig framkommit, förr än hans nuvarande onda började. För 3 veckor sedan kände han plötsligt svår smärta i pannan, särskildt öfver högra ögat samt intensiv hufvudvärk, hvilken sedan fortfarit, så att han hvarken kunnat sofva eller äta någonting vidare på de sista två veckorna. Öfre ögonlocket på högra sidan började samtidigt att ansvälla och tilltog detta symptom hastigt under de följande dagarna; ur högra näsöppningen började ganska rikligt med var att framkomma, och har dylik flytning alt sedan dess fortfarit. Då ansvällningen af ögonlocket tilltog, gjordes för några dagar sedan af läkare i landsorten incision därstädes, hvarvid mycket var lär hafva utrunnit, hvarefter pat. remitterades hit.

Om något trauma å pannan eller ögat sade han sig ej vara medveten.

Stat. præsens. Pat. är af klen kroppsbyggnad och har ett synnerligen lidande utseende; allmänna tillståndet dåligt; lider mycket af hufvudvärk, som ingen stund lemnar honom; någon feber förefinnes äfven; aftontemperaturen dock ej någon enda gång öfver 39°; ibland känner han frysningar; är fullt redig.

Huden å näsroten, å nedre delen af pannan samt å öfre, högra ögonlocket är lifligt rodnad; detta senare är enormt ansväldt, af degig konsistens, hängande ned öfver det undre ögonlocket; endast med svårighet kunna ögonlocken skiljas i sär, och visar sig då en höggradig exoftalmus, hvarjämte bulben är roterad något nedåt och utåt; dess rörlighet är högst obetydlig, minst inåt; konjunktivan chemotisk, svulstformigt prominerande mellan ögonlocken. Cornea normal; oftalmoskopet visade tydlig dilatation af retinalvenerna; för öfrigt normalt.

Ur högra näsöppningen, liksom ur en å öfre ögonlockets inre del befintlig incision framkväller rikligt med gult var; detta är ganska tunnflytande, med inblandade större och mindre hvita, ostiga klumpar. Palpation af orbitan — synnerligen smärtsam för pat. — konstaterar en tydlig frambuktning vid öfre-inre orbitalvinkeln; på grund af den höggradiga ansvällningen af de mjuka delarna kan den samma dock ej noggrannare bestämmas.

Vid inspektion af näskaviteten visade sig å högra sidan liflig hyperemi och ansvällning af slemhinnan, särskildt i meatus medius, samt talrika tjocka skorpbildningar utaf ansamladt var.

Från kroppens öfriga organ intet att anmärka.

Dagen efter inkomsten företog jag under narkos sondering genom den förut gjorda incisionen, och träffade jag då med lätthet på en liten defekt i orbitaltaket; den var belägen ungefär ½ cm. bakom orbitalranden, helt nära orbitans nasala vägg, och var något större än den, som förefans i det sist anförda fallet, genomsläppande utan svårighet en vanlig sond. Med denna undersökte jag storleken af sinus, hvilken befans vara något öfver det vanliga medelmåttet, i det den ifrån orbitalranden mätte i riktning uppåt ungefär 4 cm., och äfven bakåt lät sonden djupt intränga. Rikligt med slemblandadt var utrann vid sondens utförande.

Som patientens allmänna tillstånd var högst dåligt efter narkosen, uppsköt jag operationen några dagar, hvarunder jag gjorde flitiga utsköljningar af kaviteten medelst Anels spruta; för att bereda honom någon sömn erhöll han ett par morfininjektioner.

Den 27 maj företog jag operationen, och gick vid trepanationen och uppmejslingen tillväga på alldeles samma sätt, som jag i förra fallet beskrifvit. Sinusslemhinnan visade sig emellertid här lifligt rodnad och förtjockad, svampaktig; kavitetens innehåll befans till stor del utgöras af segt, geléartadt slem, ganska adherent till slemhinnan och blandadt med gulhvitt var. Sinus spolades ren med sublimatlösning, och vid undersökning af frontalkanalen visade denna sig ganska rymlig, så att en grof sond utan svårighet kunde därigenom nedföras. Då altså godt aflöde till näsan förefans för sekretet, och hafvande i minnet det goda resultat, jag vid förra fallet uppnådde utan näsdränage, ansåg jag mig ej behöfva införa något dränrör den vägen; såren i pannan suturerade jag därför och fastgjorde, liksom i sist anförda fall, i sårvinkeln ett dränrör, sträckande sig in i sinus genom trepanationsöppningen.

Nära nog omedelbart efter operationen inträdde en betydlig förbättring i allmänna tillståndet, i det pat. redan följande dag kände

sig befriad från sin svåra hufvudvärk, som ansatt honom alt sedan sjukdomens början, och äfven i öfrigt tycktes han vara bättre; febern fullständigt försvunnen.

En stor mängd var framkom emellertid de närmaste dagarna genom dränröret, däremot ej så rikligt ur näsan. För att söka, om möjligt, ytterligare befordra afflödet denna vägen, borttog jag efter ett par dagars förlopp suturerna och nedförde PANAS' sond genom sinus och frontalkanalen, hvarefter jag med någon svårighet kunde uppdraga ett dränrör därigenom. Nu visade sig emellertid afflödet genom näsan vara fullkomligt hämmadt, så att icke det minsta, hvarken var eller sköljvätska utrann därigenom, utan tvifvel beroende därpå att dränröret komprimerats af kanalens fasta väggar och fullkomligt tilltäpt dess lumen. Som emellertid värk i pannan började å nyo gifva sig tillkänna, fann jag för godt att åter borttaga dränröret, hvarefter frontalkanalen åter blef passabel.

Behandlingen bestod sedermera uti tre gånger om dagen företagna utsköljningar af sinus medelst sublimat, 1 : 5000, längre fram omväxlande med hypermang. kalic. 1 : 2000, samt ungefär hvar tredje dag insprutning af 10 % klorzinklösning.

Hos denne patient kunde man så väl å det i dränröret stagnerade varet som å den vid utsköljningen kvarblifna vätskan iakttaga en tydligt markerad pulsation i rörmynningen, synkronisk med radialpulsen.

Förbättringen gick altjämnt framåt; visserligen klagade han somliga dagar öfver värk i pannan och in i hufvudet, dock upphörde den samma i regel efter en dags förlopp. Sekretionen minskades alt mer, så att jag den 1 juli kunde borttaga dränröret; fistelgångarna utskrapades med skarp slef, hvarefter de läktes ganska snart, så att pat. ett par veckor senare kunde enligt sin önskan utskrifvas. Han var då så godt som fullständigt återstäld; en och annan gång framsipprade visserligen en droppe var ur den första fisteln, men förekom detta alt mera sällan; ur näsan framkom emellertid vissa tider rikligare med slemblandadt var, men lär tillståndet sedan blifvit fullkomligt godt.

I intetdera af dessa båda fall kunde något tvifvel råda angående sjukdomens natur, allra minst efter de företagna sonderingarna. Skulle sondering ej vara möjlig, såsom vid de fall, där perforation af sinusväggen ännu ej egt rum, är det att tillråda, att en incision göres genom öfre ögonlocket och den undre tunna, mer eller mindre frambuktade sinusväggen. Genom en dylik profincision och sondering måste man ju kunna erhålla upplysningar af stort värde i och för det operativa ingreppet. Väl är det sant, att sinus i flertalet fall är vid denna sjukdom dilaterad, och att, därest man använder en trepankrona af endast 1 cm:s diameter och applicerar den samma

på ofvan angifna ställe, man ej gärna löper någon fara att öppna hjärnkaviteten, hvilket ju under för handen varande omständigheter måste blifva högst fatalt; möjligheten utaf en eller annan anomali af denna hålbildning kan ju dock ej på förhand alldeles uteslutas, hvarför en dylik sondering enligt min mening hälst bör föregå operationen. Har man därvid funnit kaviteten väl utvecklad, eventuelt dilaterad, kan man ju lugnt skrida till den operation jag ofvan skildrat.

Att döma af de anförda tvänne fallen kan jag ej annat än förorda användandet af denna trepanering af frontala sinusväggen; den är hastig och lätt att utföra, samt lemnar operatören en tydlig öfverblick öfver förhållandena i i fråga varande sinus; någon depressien å pannan efter substansförlusten kvarlemnar den ej, såsom vid de fall, där väggen i stor utsträckning blifvit aflägsnad, med hvilka metoder den dock har den fördelen gemensam, att den tillåter en grundlig renspolning af kaviteten. Aflägsnandet af främre väggen i stor utsträckning medför emellertid en olägenhet, som vid vissa tillfällen skulle kunna blifva högst ödesdiger, och hvilken synes mig ej vara tillräckligt beaktad: hjärnkaviteten har ju under sådana omständigheter å i fråga varande område icke annat skydd än det, som den öfre, tunna sinusväggen kan erbjuda; vid trepanationen åter utfylles snart defekten i benet till samma fasthet som förut. Själf har jag varit i tillfälle att i utlandet iakttaga en patient, som blifvit opererad efter JANSENS metod, men var detta fall alt annat än tillfredsställande i kosmetiskt hänseende, i det en utbredd ärrig indragning kvarstod vid näsroten.

Utskrapning af slemhinnan anser jag däremot ej behöflig; väl kan dess aflägsnande påskynda tillfrisknandet, men en *noggran* utskrapning af den samma är ej så synnerligen lätt med de djupa recesser, som denna kavitet erbjuder; och åstadkommer man en trepanationsöppning af endast 1 cm. torde slemhinnan, trots bästa vilja, ej i alla fallen fullständigt låta sig aflägsnas; i så fall skulle de kvarblifna resterna måhända i stället underhålla suppurationen, och vid dessas totala bortskrapning uti vinklarna skulle ett någorlunda starkt tryck af slefven å den öfre tunna väggen kunna medföra deletära följder; dessa torde dock sällan behöfva förekomma, enär slemhinnan vanligtvis ej är särdeles adherent till benet. Proceduren lär därjämte vara förenad med ymnig blödning, som lätt kan

dölja tilläfventyrs befintliga slemhinnerester; har man däremot uppmejslat sinusväggen i större utsträckning, bör ju slemhinhinnans aflägsnande försiggå lättare. Är den, såsom stundom händer, säte för polypösa nybildningar, får den naturligtvis under hvarje omständighet utskrapas. Att detta emellertid ej är nödvändigt för uppnående af ett godt resultat vid alla förekommande fall, torde framgå af mina anförda tvänne sjukhistorier.

Det samma anser jag mig vara berättigad att säga om dränagen genom ductus naso-frontalis. I det ena fallet kunde jag omöjligen införa något dränrör genom kanalen, och i det andra uppnåddes därmed en verkan, motsatt den jag åsyftat. Och äfven rent teoretiskt sedt kan dylik dränage ej anses såsom behöflig; ty i de fall, där kanalen är så pass vid, att ett dränrör med lätthet kan införas uti den samma, där finnes äfven aflopp för varet, detta rör förutan; och är kanalen helt trång, kan den af dränröret fullständigt tilltäppas, så vida detta ej är synnerligen fast, t. ex. af metall. Därför vill jag anse, att man vid behandlingen af dylika fall kan alldeles afstå från försöket att dränera sinns på denna väg; därigenom blifver ock själfva operationen förenklad äfven i det afscendet, att man ej behöfver medelst mejsling utvidga den genom trepanationen erhållna öppningen i främre väggen, hvilket ju skedde endast för att möjliggöra nedförandet af PANAS' sond.

Däremot bör man, enligt min mening, bjuda till att, så vida någon möjlighet förefinnes, göra den till äfventyrs oblitererade frontalkanalen åter passabel eller utvidga den samma, om den är för trång. Som ju dennas öfre mynning är belägen i kavitetens allra innersta parti, torde den mer än någon annan öppning lämpa sig såsom afloppskanal. Genom trepanationsöppningen kan denna mynning lätt nås medelst en något böjd sond, och skulle den ej genast vilja genomsläppa den samma, får man med jämnt. stadigt tryck å sonden söka att föra den genom kanalen. Någon fara att härvidlag bana falsk väg behöfver man ej hysa, så vida man, sedan det första motståndet upphört, gifver efter med trycket, enär i annat fall den mellersta näsmusslan lätt kan perforeras. Skulle det emellertid visa sig absolut omöjligt att nedföra äfven en smal, spetsig sond, får man ju inskränka sig till den dränage, som genom trepanationsöppningen kan åstadkommas; den spontant uppkomna eller genom profincisionen erhållna öppningen å den

orbitala sinusväggen kan ju vid dessa fall äfven begagnas vid utsköljningarna.

Den i mitt sista fall iakttagna pulsationen af sinusinnehållet kunde, såsom förhållandet var vid LEBERS [1]) fall, lätt väcka misstanke på, att äfven bakre sinusväggen vore defekt, och att det var hjärnpulsationen, som direkt meddelade sig till innehållet i sinus; något som hälst oroande symptom är detta emellertid ej, utan kan det samma gifva sig tillkänna öfveralt, där en trång öppning leder in till en af fasta väggar omsluten kavitet, i hvilken kärlförande väfnad befinner sig, såsom i märghålorna i benen, i trumhålan, i hjärnkaviteten m. fl. ställen.

Någon fara att öppna denna senare kavitet förefinnes däremot ej vid det af mig följda förfaringssättet, så vida man på förhand undersökt pannhålans ungefärliga utsträckning. Som metoden därjämte visat sig medföra synnerligen god och jämförelsevis hastig verkan, kan jag icke annat än anse den samma böra vara synnerligen användbar äfven vid andra fall af i fråga varande sjukdom.

Kan emellertid en så pass ingripande operation anses berättigad vid denna sjukdom? Kan icke ett godt resultat vinnas på någon annan mera fredlig väg?

Visserligen hafva åtskilliga andra metoder blifvit föreslagna härför; i hufvudsak gå de ut på att genom frontalkanalen söka bereda lämpligt afflöde för varet och därigenom häfva inflammationen; ganska goda resultat ha äfven de att framvisa vid sjukdomens tidiga stadier. Sällan är det emellertid, som läkaren blifver i tillfälle att behandla dylika fall, enär patienterna i regel ej anse sig hafva anledning att vända sig till honom, förr än organiska förändringar i sinusslemhinnan och benväggen redan uppkommit, och torde man under sådana omständigheter ej kunna vänta sig något gynsamt resultat med mindre en mera radikal operation utföres.

I stället för en dylik har man bl. a. användt POLITZERS metod med luftdusch. Medelst den har man lyckats förminska ansvällningen af slemhinnan i frontalkanalen och därigenom förskaffat afflöde för det i sinus ansamlade sekretet; ty då kommunikationen mellan näsan och sinus genom slemhinneansvällningen i kanalen blifvit upphäfd, och den i sinus instängda luften resorberats, blifver kärlen i sinusslemhinnan utsatta för

[1]) Beobachtungen über Empyem des Sinus frontalis und dadurch bedingte Störungen der Augen. Græfes Archiv f. Ophthalm., XXVI, 3.

minskadt tryck och fylla sig därför lättare, hvarigenom slemhinnan blifver starkare ansväld och sekretionen ökas; pressas under sådana förhållanden luft åter in i sinus, uppstår därstädes å nyo ökadt tryck på slemhinnan, hvarefter ansvällningen aftager, frontalkanalen öppnar sig, och sekretet uttömmes. Detta förfaringssätt kan emellertid, som sagdt, blott vara indiceradt i sjukdomens första stadier och blott då, när den uppträdt såsom följd af någon sjukdom i nässlemhinnan; vid total stenos af frontalkanalen kan ju denna behandlingsmetod ej i fråga komma.

Det samma kan sägas om behandlingen af nässlemhinnan med galvanokavter för i fråga varande åkomma.

SCHÄFFER [1]) har återupptagit den redan af DIEFFENBACH föreslagna metoden att genom forcerad sondering från näsan söka att komma in uti sinus; med en trokar eller fast sond går han mellan septum och mellersta näsmusslan långs näsryggen uppåt mot pannbenet, genomborrar där befintliga benlameller och öppnar på så sätt sinus, hvilken därefter skrapas med slef. Oaktadt S. själf har erhållit vackra resultat med denna behandling, torde den dock ej vara att förorda; ty ingalunda gör den sinus lätt tillgänglig för vidare behandling, och långt ifrån att vara mindre farlig än de först nämnda operationerna, kan den stundom blifva högst ödesdiger. Så omnämner KUHNT i sitt redan anförda arbete ett fall, där en operatör råkade ut för det missödet att, vid försöket att medelst trokaren på nämnda sätt bana sig väg till sinus, perforera lamina cribrosa i stället för sinusväggen, hvarefter döden följde på fjärde dagen.

I motsats härtill har JURASZ [2]) försökt att medelst mycket fina sonder göra den tilltäpta frontalkanalen åter permeabel. hvilket emellertid ofta är förenadt med stora svårigheter, enär kommunikationsöppningen ingalunda alltid kan påträffas; af 21 fall, hvarest indikation för sondering förefans, lyckades det J. blott vid de 5 fallen att utföra den samma på båda sidor, i 6 fall blott på ena sidan och i de 10 öfriga fallen misslyckades försöken alldeles; när sådana, föga uppmuntrande resultat ernås

[1]) Zur Diagnose und Terapie der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Deutsche med. Wochenschr. 1890.

[2]) Über die Sondierung der Stirnbeinhöhlen. Berlin. klin. Wochenschr. 1887, n:r 2.

utaf den öfvade rhinologen, är det ej att förvänta, att denna metod kan vinna något allmännare användande.

Vare sig man försöker den ena eller den andra af de sist anförda terapevtiska åtgärderna, och man därvid lyckas åstadkomma afflöde för varet genom näsan, så får man dock icke anse, att sjukdomen därmed i alla fallen kan undanrödjas. Ty man ser ju ibland — och jag har själf ofvan anfört ett dylikt fall — att under hela sjukdomens förlopp har varet haft fritt afflöde genom frontalkanalen, och suppurationen det oaktadt fortgått samt gifvit anledning till perforation af benväggen med åtföljande abscessbildning i orbita; och trots till och med detta dubbla afflöde kan sjukdomen altjämt fortfara. Det samma kan vara fallet, om man gjort blott en mindre incision genom den orbitala sinusväggen och därigenom söker att medelst utsköljningar häfva inflammationen; stundom lyckas detta, men i många fall fortfar den samma trots behandlingen, till stort men för patienten. Därför bör man vid den operativa behandlingen sträfva efter att i lämplig utsträckning göra hålan tillgänglig, så att man dels kan få tydlig öfverblick öfver de sjukliga förändringarna därstädes, dels kan på ett mera effektift sätt inverka på suppurationen. Denna fordran anser jag trepanationsmetoden, hvarför jag ofvan redogjort, kunna fylla, hvilken operation ju är både jämförelsevis lätt att utföra och synnerligen verksam.

Och i betraktande af sjukdomens *prognos* torde man ej annat än kunna anse den nämnda operationen för fullt berättigad. Visserligen hör det till sällsyntheterna, att perforation af cerebrala sinusväggen med efterföljande letal meningit inträder; att dock denna komplikation i icke så få fall förekommit, har jag redan förut anfört. Möjligheten utaf att en dylik utgång kan inträffa — och några säkra symptom på hotande cerebrala komplikationer ega vi tyvärr icke — bör mana läkaren till att så fort som möjligt inleda en fullt verksam terapi. Och dessutom hafva fall iakttagits af exitus letalis utan att perforation af öfre sinusväggen egt rum, där döden förorsakats genom trombophlebitis af vena ophthalmica och dess följder.

Äfven vid de fall, där ej någon direkt fara för lifvet föreligger, kan denna sjukdom medföra stort men för patienten; så kan delvis eller fullständig blindhet hota, dels genom höggradig dilatation af sinus och däraf förorsakadt tryck å syn-

nerven, dels genom de orbitala abscessernas inverkan. Och har fistelbildning redan inträdt, kan suppurationen visserligen under lång tid ega bestånd utan att förorsaka några vidare förändringar; icke desto mindre bör man naturligtvis så fort som möjligt söka att befria patienten ifrån denna varhärd, hvilken förutom andra olägenheter, hvilka ju alltid medfölja långvariga suppurationer, äfven kan genom varets inträngande å ögat gifva anledning till septiska sår å cornea med hotande panoftalmi.

Blifva däremot i fråga varande empyem i rätt tid diagnosticerade och underkastade en verksam terapi, sådan som jag här ofvan vid de af mig opererade fallen skildrat, erbjuda de så väl quoad vitam som quoad restitutionem ad integrum en god prognos.



Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. N:r 13.

Om syge Pattebörns Vägt.

Af

Dr. H. ADSERSEN,
Läge ved Marthahjemmets Poliklinik for Börn.

Med 20 grafiske Tabeller.

Men Du havde beskikket alle Ting efter Maade og Tal og Vægt. Thi en vældig Magt er altid til Din Tjäneste, og hvo kan modstaa Din Arms Styrke?
Viisdoms Bog. XI. 22.

Börn udgöre henved ⅓ af Befolkningen; men det er vist nok lavt regnet, når WEST (London) udtaler, at de »i det mindste udgöre Tredjedelen af alle syge».

I Köbenhavn havde Barnealderen fölgende Andel i den almindelige Sygelighed:

Polikliniken for ubemidlede omtrent	35 %	1884—94,
Stadslägen	50,3 »	1894,
Fattigdistrikt 10 B	53,3 »	1894,

og selv om man hverken kan bruge det ene eller det andet af disse Tal som et pålideligt Udtryk for Börnesygeligheden ganske i Almindelighed i Modsätning til hele Sygeligheden, bevise de dog, at den ikke er så lidt större, end man skulde vänte det i Forhold til Antallet af Börn.

Og vende vi os särligt til 1ste Leveår, forrykkes Forholdet endnu mere, idet Pattebörn kun udgöre omtrent $\frac{1}{12}$ af alle Börn, hvorimod Pattebarnealderens Sygelighed udgör fölgende Procent af hele Barnealderens Sygelighed:

WEISSE	28,1 %	1836—45.
ADSERSEN	23,7 »	1890—93.
TRYDE	15,3 »	1891—94.
HERTEL	13,0 »	1871—92.

Men til Trods for dette betydelige Sygdomsmateriale ere Lovene for Barnealderens Sygelighed meget lidet kendte; kun en eneste nyere Lärebogsforfatter, UFFELMANN, opstiller Morbiditetsperioder for hele Barnealderen, og dog ere disse meget tydeligt udtalte, således som det fremgår af mit og HERTELS Arbejder. Lovene for Sygelighedens Opträden indenfor Barnealderen beherskes åbenbart af de for den normale Udvikling gäldende Love, idet man ved at arbejde med det samme Materiale kan påvise Perioder, begränsede af de samme Leveår for så vel fysiologiske som patologiske Processer, således som jeg har gjort det for tilsyneladende så heterogene Ting som Hovedomfang og almindelig Sygelighed, Modtageligheden for Vakcination med animal Vakcine og linea fusca.

Også indenfor 1ste Leveår ere Lovene for Sygelighedens Opträden lidet eller måske rettere sagt slet ikke kendte, om end enkelte Forfattere fremkomme med Udtalelser desangående, således UFFELMANN, efter hvem Sygdomme isär opträde hos nyfödte og ved Tiden for Afvänningen.

Jeg skal derfor i det fölgende levere et Bidrag til

A. Sygeligheden i 1ste Leveår,

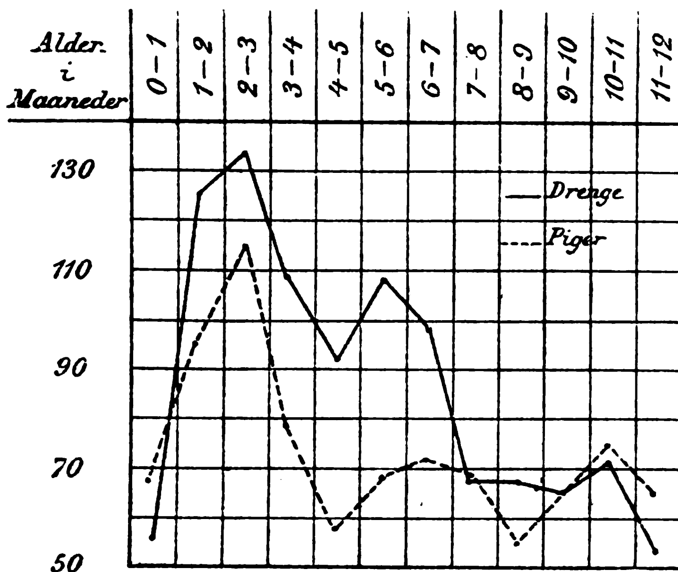
et Bidrag, som jeg, skönt det udelukkende stammer fra et poliklinisk Materiale, dog har Grund til at tro, vil kunne tjäne til at belyse Pattebarnealderens Sygelighed ganske i Almindelighed.

Ved Marthahjemmets Poliklinik for Börn, der er beliggende i Köbenhavns Nordvestkvarter, et af Stadens fattigste og tättest befolkede Kvarterer, have vi i 4-Året 1891—94 behandlet 1 385 Börn i 1ste Leveår, 768 Drenge og 617 Piger. Opförer jeg på samme Måde, som jeg gjorde det ved Undersögelsen over hele Barnealderens Sygelighed, disse Börn hver Gang de ere bragte til Polikliniken med en ny Sygdom eller et Recidiv af en tidligere, få vi 1 928 Sygdomme, 1 045 hos Drenge og 883 hos Piger, der, fordelte på Aldersklasser, vise fölgende Billede af 1ste Leveårs

1) **Sygelighed efter Levemåneder** (Tab. I).

Tabel I.

Syge Börn. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.



I Fölge Tabellen er Sygeligheden lav i 1ste Levemåned, stiger derpå stärkt til 3dje Levemåned, falder til 5te, stiger i 6te og 7de, falder igen til 9de og 10de, stiger igen forbigående for atter at falde i 12te Levemåned. Og hvad Könnene angår, så er Drengesygeligheden i det hele större end Pigesygeligheden, og er det navnlig henad Halvårsalderen; men i 1ste, 8de, 11te og 12te Levemåned overgår Pigesygeligheden Drengenes.

Svarer nu det her anförte til den virkelige Sygelighed? Jeg har tidligere udtalt, at Börn, der let kunne båres til Polikliniken, komme, enten de ere meget eller lidet syge, men må dog her göre en Indskränkning for nyfödtes Vedkommende; ti så länge Mödrene ligge i Barselsäng, hörer det til Undtagelserne, at vi få deres Börn til Behandling, og det yngste Barn, vi overhovedet have haft med at göre, var 4 Dage gammelt. Kan dette da bevirke en väsentlig Fejl ved vor Tabel? Ja udenfor al Tvivl!

Af de levende födte dö omtrent $\frac{1}{10}$ i 1ste Levermåned, og Dödeligheden aftager meget betydeligt, jo flere Dage der går efter Födslen, i Löbet af de förste 10 Levedage f. Ex. i Fölge ENGELS Undersögelser (Preussen) for Drenges Vedkommende i Forholdet 100 : 26 og for Pigers som 100 : 23. Da man nu ikke godt kan dö uden at have haft en Sygdom, må Sygeligheden ved vort Materiale blive for lille i 1ste Levermåned; men svarede Sygeligheden i vor Tabel bedre til Virkeligheden for denne Måneds Vedkommende, vilde Drengesygeligheden her antagelig også overgå Pigernes. Vi vilde derfor åbenbart få et sandere Udtryk for 1ste Levemåneds Sygelighed, hvis Kurven for denne i Steden for at stige op til 2den Levemåned faldt ned til denne, hvis man m. a. O. drejede Kurvebenene henved 180° om 2den Levemåned som centrum.

For de övrige Levemåneder tror jeg derimod at turde udtale, at vor Kurve er et temmelig korrekt Udtryk for den virkelige Sygelighed. og jeg slutter dette navnlig deraf, at

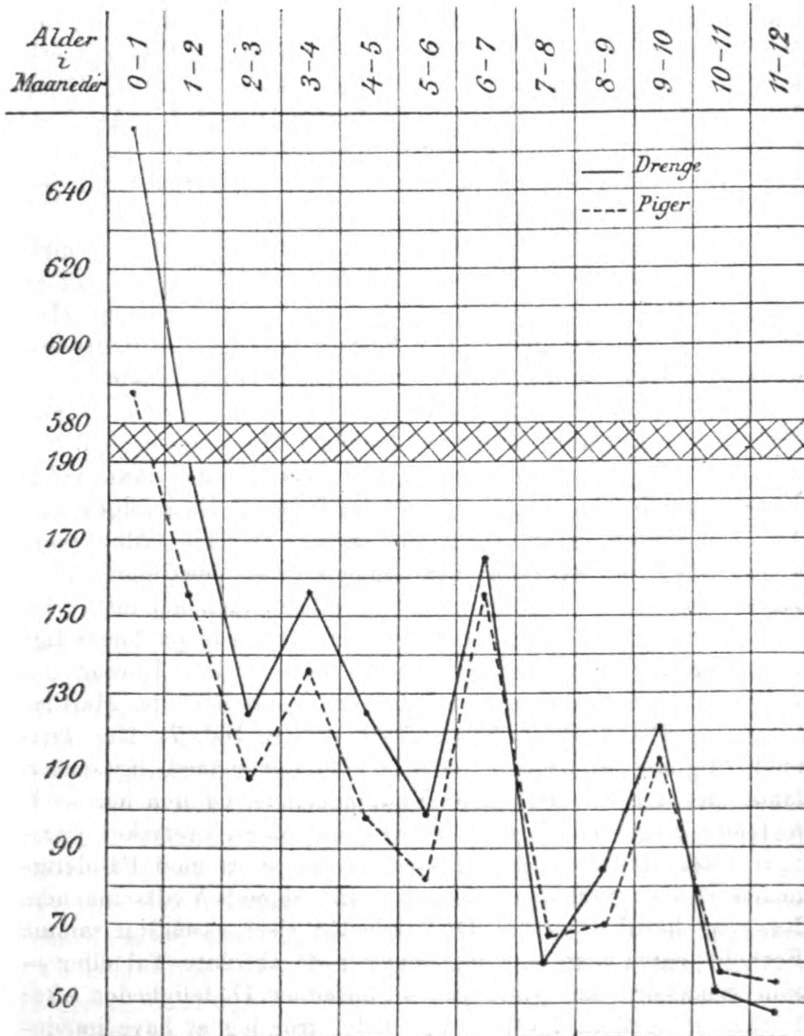
1ste Leveårs Dödelighed

viser lignende Svingninger. Jeg har i omstående Tabel II — efter SÖRENSEN — opfört det Antal Börn af de dårligst stillede Samfundsklasser samt de uägte Börn i 1ste Leveår, der ere döde på Kristianshavn (Köbenhavn) i Årene 1820—79.

Det vil heraf ses, at Dödeligheden vel aftager betydeligt fra Födslen til Slutningen af 1ste Leveår, men ingenlunde — som HAGENBACH (Basel) udtrykker sig — således, at Faren for at dö formindskes med hver Dag, der går fra Födslen. Den köbenhavnske Dödelighed stiger og synker derimod i Löbet af 1ste Leveår. Fra et betydeligt maximum i 1ste Levemåned falder den stärkt til 3dje, stiger i 4de, falder til 6te, stiger i 7de, falder i 8de, stiger til 10de og falder herfra först stärkt, senere svagt til Årets Slutning. Dödeligheden er i det hele störst blandt Drenge og er det navnlig i 1ste Halvår, men i i 8de, 11te og 12te Levemåned overgår Pigedödeligheden Drengenes.

Tabel II.

Döde Börn. 0—1 År. København (Kristianshavn) 1820—79.
SÖRENSEN, Gruppe I & IV.



Det kan jo ikke undgå Opmärksomheden, at der er en slående Overensstemmelse mellem Kurverne for Sygelighed og Dödelighed, navnlig hvis Sygeligheden i vor Tabel svarede

bedre til de virkelige Forhold for 1ste Levemåneds Vedkommende, end den efter det tidligere anförte gör. Og når SÖRENSEN vil bortforklare Dödelighedens Svingninger ved, at »man sandsynligvis for Nemheds Skyld under Aldersangivelserne: $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ og $\frac{3}{4}$ har skudt en Del Börn ind, som dels endnu ikke havde nået de respektive Aldere, dels måske vare passerede dem», tror jeg näppe, det kan väre gjort så systematisk, at Dödelighedskurvens Forlöb derved er blevet påvirket i väsentlig Grad. For vor Sygelighedskurve kan en Indvending af den Art i ethvert Fald aldeles ikke gälde; ti Levealderen, hvori hvert enkelt Sygdomstilfälde er optrådt, er beregnet efter Sygdomsdagen i Forhold til vedkommende Barns Födselsdag.

Når jeg ovenfor pointerede den store Lighed, der er mellem de anförte Kurver for Sygelighed og Dödelighed, vil en närmere Betragtning dog også vise nogen Uoverensstemmelse, idet maxima og minima i de 2 Kurver ikke ganske indträffe i de samme Levemåneder. At Sygelighedens Höjdepunkter findes tidligere end Dödelighedens, kan man endda forstå, da min Tabel er konstrueret efter Sygdommens Begyndelse, men SÖRENSENS efter dens Slutning. Ligeledes vil det ikke volde Vanskeligheder at begribe, om Sygdom og Död fölges ad i 1ste Levemåned, hvor Modstandsävnen er så ringe. Mere märkeligt kunde det synes, at Dödeligheden näer maximum i 10de Levermåned, men Sygeligheden först i 11te; men man må blandt andet erindre, at de 2 Tabeller ere baserede på forskellige Kalenderår. Sammenstiller jeg de Börn i 1ste Leveår, der vides at väre döde af dem, der ere behandlede på Marthahjemmets Poliklinik i Årene 1891—94 (se Sid. 7), fåes derimod Stigning af Dödeligheden i 11te Levemåned, ligesom vi fandt det for Sygelighedens Vedkommende, og den her stedfindende ringe Dödelighed i 1ste Levemåned bestyrker yderligere den Indvending, jeg ovenfor har gjort mod Pålideligheden af vort Sygemateriale for denne Måneds Vedkommende. Når jeg hertil föjer, at Dödeligheden viser väsentligt samme Forhold, enten man som jeg benytter de absolute Tal eller — som SÖRENSEN har gjort det — beregner Dödeligheden efter Forholdet mellem levende og döde, tror jeg at have imödegået de Indvendinger, der fra et statistisk Standpunkt kunde göres imod her at anvende de absolute Tal for så vel Dödelighed som Sygelighed til at eftervise Lovene for samme.

Döde Börn. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.

Alder i Måneder.	Drenge.	Piger.	Sum.
0—1	4	4	8
1—2	6	6	12
2—3	8	7	15
3—4	10	4	14
4—5	7	6	13
5—6	3	5	8
6—7	8	5	13
7—8	4	1	5
8—9	5	3	8
9—10	4	4	8
10—11	9	7	16
11—12	—	3	3
0—12	68	55	123

Jeg mener derfor at kunne opstille fölgende, i Hovedtråkkene uangribelige Love: 1ste Leveårs Sygelighed aftager fra Födslen til Årets Udgang, men ingenlunde jävnt; den er meget betydelig i 1ste Levemåned og viser senere Stigninger omkring 3dje, 6te—7de og 10de—11te Levemåned. Drengesygeligheden overgår i det hele og navnlig i 1ste omtr. Halvår Pigesygeligheden, men overgås af denne i 8de, 11te og 12te Levemåned, en Slags Forsmag på, hvad der finder Sted senere hen i Barnealderen, fra omtr. 3dje Leveår og násten konstant til Barnealderens Slutning.

Da Dödeligheden i det hele fölger ganske lignende Love, kun at Stigningerne til Dels indfinde sig lidt senere end for Sygelighedens Vedkommende, sker der herved efterhånden en Forskydning mellem Antallet af de 2 Kön, der ved Födslen som bekendt viser afgjort og konstant Majoritet for Drengenes Vedkommende, og denne Forskydning begynder altså allerede henimod Slutningen af 1ste Leveår.

Efter således at have belyst Sygelighedens Forhold efter Levemåneder gå vi over til at betragte 1ste Leveårs

2) **Sygelighed efter Kalendermåneder,**

men skulle dog först omtale Materialet lidt närmere. Medens vi for Småbörns Vedkommende kunne se bort fra Feriernes Indflydelse på Tilgangen til Polikliniken, og medens Månedernes forskellige Antal Arbejdsdage näppe har stort at sige, er der derimod et Moment, som har en ikke ringe Indvirkning på Besöget, specielt for Pattebörns Vedkommende, nemlig Vejrliget. Jeg har dog Indtrykket af, at Mödrene själdnere undlade at bringe deres späde Börn strax ved en Sygdoms Begyndelse, hvor voldsom den end kan väre og hvor uheldigt end Vejret er, hvorimod de under Sygdommens Forlöb mere lade sig påvirke heraf. Er dette imidlertid rigtigt, vilde vi vel få et urigtigt Billede af Sygeligheden efter Kalendermåneder, hvis vi regnede med Antallet af Konsultationer (smlgn. Siffertabel 1), men ikke, når vi som her regne med Antallet af Sygdomstilfälde; ti en Sygdom täller efter vor Arbejdsplan lige meget, enten den repräsenteres af én eller mange Konsultationer.

Endelig skal jeg beröre, at Antallet af Födsler i Köbenhavn hverken i det hele, eller når man undersöger efter Kön og Legitimitet, frembyder nogen synderlig Forskel mellem de enkelte Kalendermåneder eller nogen tydelig Regel (TRYDE); Forholdet mellem de enkelte Måneders Sygelighed kan derfor näppe påvirkes af, at vi have et så ringe Antal ganske späde blandt vore Börn.

Jeg tror derfor, at Materialet er meget brugeligt til Formålet, og går herefter over til at afhandle vore

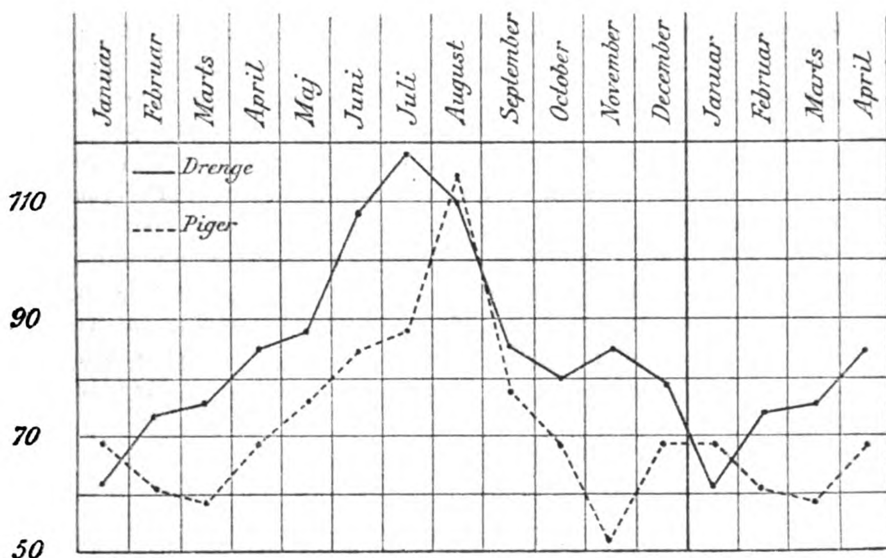
Pattebörns Sygelighed

efter Kalendermåneder (Tabel III, S. 9).

Det vil formentlig let fremgå af Tabellen, at jeg i Hovedsagen må have Ret i mit ovenfor fremsatte Forsvar for Materialets Anvendelighed. Gränserne mellem de enkelte Årsafsnit af Sygeligheden svare ikke absolut til et barsk eller mildt Vejrligs Gränser; men navnlig vise de 2 Kön så udtalte Forskelligheder, at det umuligt kan väre de omtalte Forhold, der have en direkte Indflydelse på Sygelighedens Forlöb et År igennem. Her må väre andre og stärkere Love, der göre sig gäldende.

Tabel III.

Syge Börn. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.



I Fölge Tabellen stiger Drengesygeligheden fra et minimum i Januar nogenlunde jävnt til Maj, herfra stärkt, så at den er på sit höjeste i Juni, Juli og Avgust, falder herefter stärkt til September og holder sig så nogenlunde ens til Årets Udgang for at falde stärkt til Januar. Mindre Stigninger finde Sted i Februar, April og November.

Pigesygeligheden forholder sig derimod delvis ganske anderledes. Fra et minimum i November stiger den ret stärkt i December—Januar, falder i Februar—Marts, stiger så jävnt til Juli og nåer pludseligt sit maximum i Avgust, men falder igen först stärkt, senere mere jävnt til November.

Medens Sygeligheden altså hos Drengene kun har ét maximum (Juli), have Pigernes 2, et mindre (December—Januar) og et stort (Avgust), og medens Drengene kun have ét minimum (Januar), have Pigerne 2, et större i November og et mindre i Februar—Marts. Drengesygeligheden er i det hele större end Pigesygeligheden; men denne overgår dog hin i Januar og Avgust.

Der er altså en ikke ringe Forskel på den Måde, hvorpå de 2 Köns Sygelighed forholder sig i Löbet af Kalenderåret; men på den anden Side vise Kurverne dog også tydeligt Overensstemmelse, og en lidt nærmere Betragtning vil lade dette komme til Syne i endnu höjere Grad. Man behöver blot at forskyde Drengenes Kurve henimod Årets Slutning eller Pigernes henimod dets Begyndelse, for at Ligheden skal blive slående. Pigernes maximum i Avgust kommer da til at svare til Drengenes i Juli, Pigernes minimum i November til Drengekurvens mindre Sänkning i Oktober. End videre vil Pigernes Vintermaximum (December—Januar) komme til at svare til Drengenes ringere Stigning i November, Pigernes minimum i Februar—Marts til Drengenes i Januar, og den jävne Stigning hos Drengene fra Januar til Maj genfinde vi hos Pigerne fra Marts til Juli. Pigesygeligheden viser m. a. O. lignende Forhold som Drengenes, men först 1, henholdsvis 2 Måneder senere.

Lad os dernäst sammenligne Sygeligheden med

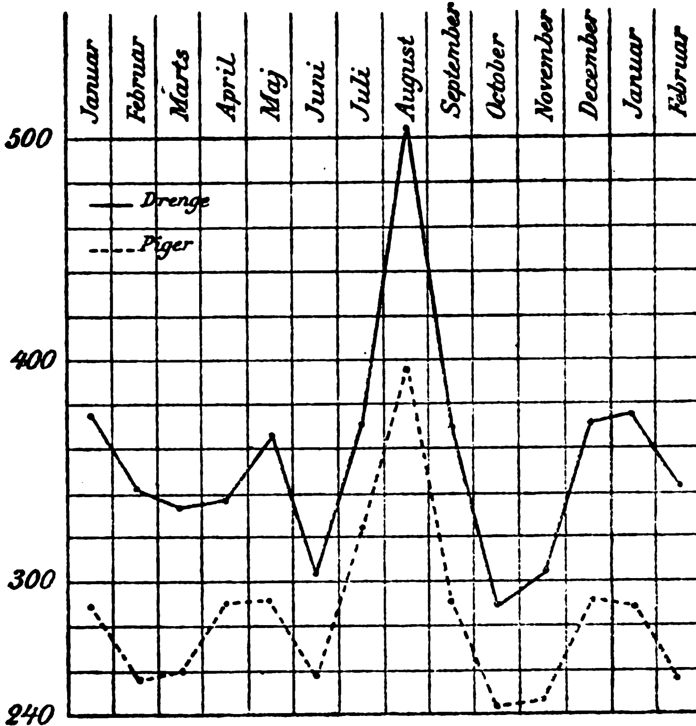
Dödeligheden.

I Köbenhavn döde i 4-Året 1891—94 i alt 7 714 Börn i 1ste Leveår, 4 271 Drenge og 3 443 Piger, der fordeles efter Kalendermåneder på fölgende Måde (Tab. IV, Side 11).

Efter Tabellen er Drengedödeligheden i alle Årets Måneder större end Pigernes; men Könnenes Dödelighedskurver vise for övrigt påfaldende indbyrdes Lighed, en Illustration til det gamle Ord: »I Döden ere vi alle lige». Kurverne beherskes af det Eiffeltårn lignende maximum i Avgust, samt de 2 minima i Juni og Oktober. Dödelighedskurverne vise altså et Billede, der afviger ikke ubetydeligt fra Sygelighedens, og man kan jo tänke sig flere Årsager til denne Uoverensstemmelse.

Tabel IV.

Döde Börn. 0—1 År. København 1891—94.
Stadslägen.



For det förste er det naturligt, at Pigedödeligheden ikke er större end Drengenes i Avgust, eftersom maxima hos bägge Kön falde i samme Måned, og Pigesygeligheden i Avgust er absolut mindre end Drengenes i Juli, og hvad Pigernes större Sygelighed i Januar angår, så kan man i alt Fald i enkelte Kalenderår finde, at Pigedödeligheden til Tider overstiger Drengenes, f. Ex. for København i Fölge Stadslägen i

April 1891,
November 1892,
Oktober og November 1893.

Men dernäst ere Kurverne for Dödeligheden baserede på Dödsfaldene i alle Samfundslag, Sygelighedens derimod på

Sygdommene hos de dårligst stillede Samfundsklasser og de uägte Börn. Jeg tror dog ikke, at dette kan våre nogen väsentlig Grund til Uoverensstemmelsen; ti Dödeligheden efter »Levemåneder» udviser i Fölge SÖRENSEN nogenlunde ens Forhold, enten man tager alle Samfundslag under ét eller udskiller de Grupper, vi have gjort ovenfor, for sig, og Dödeligheden blandt Marthahjemmets Pattebörn viser akkurat den samme Stigning hos bägge Kön i Avgust:

Döde Börn. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.

	Drenge.	Piger.	Sum.
Januar	3	2	5
Februar	10	6	16
Marts	8	3	11
April	3	6	9
Maj	6	3	9
Juni	7	7	14
Juli	9	4	13
Avgust	12	10	22
September	2	6	8
Oktober	2	2	4
November	2	4	6
December	4	2	6
	68	55	123

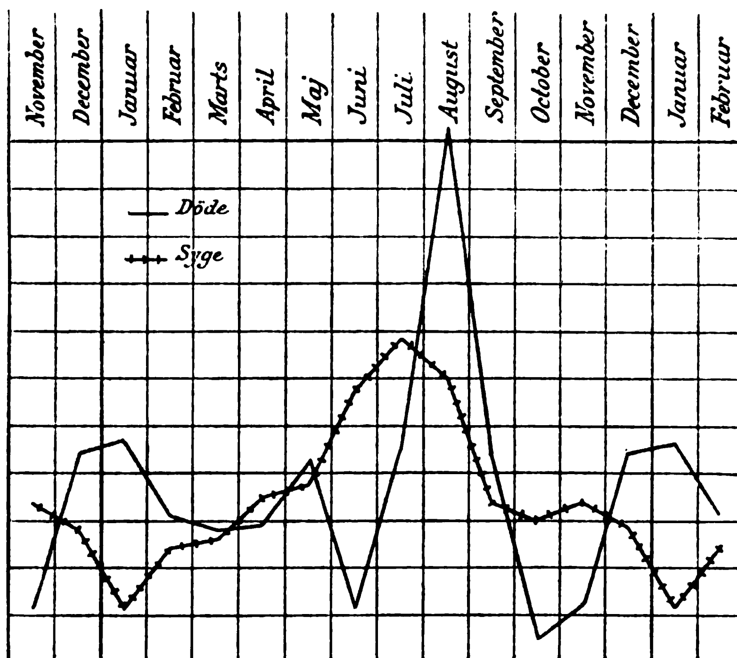
Heller ikke kan det ringe Antal nyfödte i vort Sygemateriale bevirke Forskellen; ti udskiller jeg de Börn, der ere döde i 1ste Levemåned, fås i det väsentlige samme Resultat som for hele 1ste Leveårs Dödelighed (Siffertabel 5). Det er derfor at antage, at man selv ved et ensartet Materiale vilde finde Uoverensstemmelse mellem Kurverne for Dödelighed og Sygelighed. Lad os da se lidt närmere på, hvorledes Forholdet stiller sig ved hvert Kön for sig.

For Drengenes Vedkommende (Tabel V) falder Uoverensstemmelsen stärkt i Öjnene; men det er dog ret tydeligt, at Sygeligheden i Januar og Juli f. Ex. svarer til Dödeligheden i henholdsvis Marts og August. Sygelighedens Svingninger indträffe m. a. O. noget tidligere end Dödelighedens; det ser nästen ud, som om Sygdommene må underminere Dren-

genes Kräfter i forholdsvis lang Tid, inden de kunne få Bugt med dem.

Tabel V.

Syge og döde Drenge. 0—1 År.



Ganske anderledes er det med Pigerne (Tabel VI, S. 14). Her er Ligheden imellem Kurverne til Trods for nogen Uoverensstemmelse langt det fremherskende. Sygdom og Död fölge hinanden nästen i Hälene; har först den ene fået Tag i Börnene, fölger den anden umiddelbart efter.

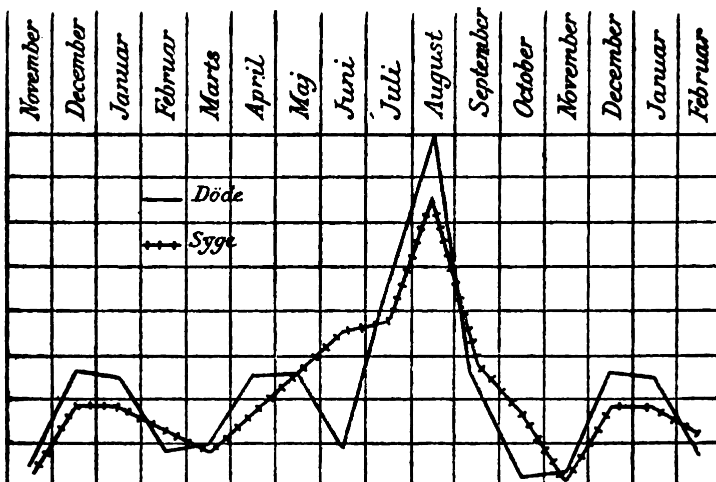
Drengene angribes altså tidligere af Sygdomme end Pigerne, men de kunne längere modstå Sygdommens dödbringende Virkning end disse, noget, man vel også måtte vänte sig af henholdsvis »det stärke og det svage Kön».

Til Slutning skal jeg blot antyde, at Kurverne for bägge Köns så vel Sygelighed som Dödelighed efter Kalendermåneder formentlig ville vise betydelig större Forskelligheder efter vedkommende Bys eller Lands geografiske Beliggenhed,

end Kurverne for Sygelighed og Dödelighed efter Levemåneder göre det, hvis disse overhovedet udvise nogen väsentlig Forskel.

Tabel VI.

Syge og döde Piger. 0—1 År.



Efter således at have belyst Lovene for Sygelighedens Opträden i 1ste Leveår skulle vi se, hvorledes

B. Syge Pattebörns Vägt

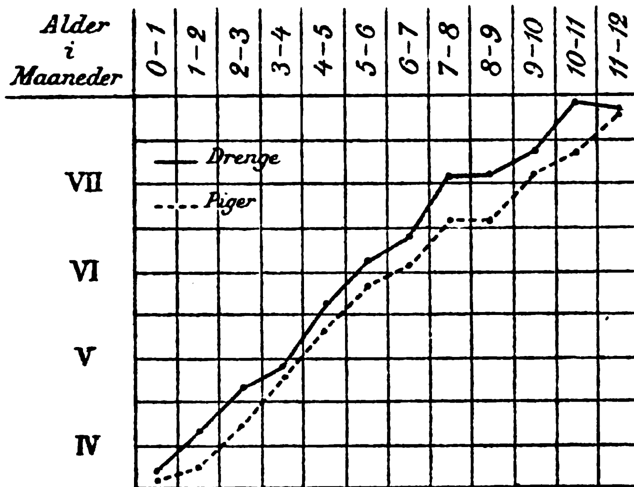
forholder sig, og ville kun forudskikke den Bemärkning, at alle Vägtangivelser ere i Gram.

I 4-Året 1891—94 have vi på Marthahjemmets Poliklinik vejet 1 215 Börn i 1ste Leveår, 669 Drenge og 546 Piger. I alt have vi foretaget 3 004 Vejninger af disse Börn, 1 710 af Drenge og 1 294 af Piger, og have gennemsnitligt fået fölgende

1) **Vägt efter Levemåneder** (Tabel VII).

Tabel VII.

Syge Börns Vägt. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.



Af Tabellen fremgår, at

syge

Drenges Vägt i alle Levemåneder er större end Pigernes, men at Könnenes Vägtkurver for övrigt i det hele og store fölges ret godt ad, og det således, at Kurverne stige temmelig stejlt til 8de Levemåned, men herfra og til Årets Slutning blive mere langtrukne. Vägtforögelsen er i 1ste Afsnit gennemsnitligt pr Levemåned omtr. ⅓ större end i sidste.

Vilde vi sammenligne disse af vor Tabel uddragne Resultater med Vägtforholdene hos

sunde Börn,

så vide vi, at blandt fuldbårne nyfödte veje Drengene gennemsnitligt 3 381, Pigerne 3 280 Gm (INGERSLEV), og at Tilväxten — bortset fra de förste Dages fysiologiske Vägttab — foregår således, at Vägten i Löbet af de förste 4—5 Måneder fordobles og ved Udgangen af 1ste Leveår meget når er 3 Gange Födselsvägten (STAGE).

I vor Tabel indgå imidlertid ikke blot fuldbårne, men også for tidlig födte Börn, for hvilke den gennemsnitlige Födselsvägt efter M. Jensen er fölgende:

Fostermåned.	Drenge.	Piger.
7de	1 375	1 167
8de	1 709	1 600
9de	2 167	2 150
10de	2 688	2 667

End videre have vi iblandt vore Börn Tvillinger, blandt hvilke Enkeltbarnets Vägt efter W. Lauritzen er 2 236 Gm. Men selv om vi, gående ud fra disse Angivelser, kunde finde en gennemsnitlig Födselsvägt, der nogenlunde svarede til vort Materiales, vilde vi naturligvis alligevel ikke kunne få fuld Overensstemmelse med Vägtforholdene hos sunde Börn. Foruden at Tilväxten fra Måned til Måned foregår mindre regelmässigt hos vore syge Patteböm, end man kan iagttage det hos sunde, fordoble vore Börn deres Födselsvägt senere end disse, og den tredobbelte Vägt nåes langt fra i 1ste Leveår. Vore Börn veje m. a. O. absolut mindre end sunde Börn i samme Alder; men der er tillige Forskydning af de sädvanligt antagne Gränser for Tilväxten; denne Forskydning finder Sted henimod Årets Slutning og er en naturlig Fölge af den forringede Vägt i det hele taget. Men kunne vi til Trods for disse Afvigelser fra Normen ikke alligevel genfinde det väsentlige i Lovene for sunde Pattebörns Udvikling i vor Kurve for syge Börns Vägt?

For det förste svarer Drengenes konstant större Vägt end Pigernes jo til Forholdet hos sunde. Og hvad dernäst angår Gränserne for stärkere eller svagere Tilväxt, så har man i alt Fald ment at kunne påvise, at Ernäringsmåden har en udtalt Indflydelse herpå. Camerer har således fundet, at kunstigt ernärede Patteböm blive betydeligt tilbage i Udvikling i hele 1ste Halvår, og Monti opstiller et fuldständigt Skema for Vägtforholdene hos Pattebörn, eftersom de få Bryst, blive flaskede op eller delvis blive naturligt, delvis kunstigt ernärede. Men har forskellig Ernäring en bestemt Indvirkning på 1ste

Leveårs Vägtkurve, er intet jo rimeligere, end at den hos vore Börn må afvige fra det Skema for Udviklingen, der er gengivet som Hovedregel for sunde Börns Vedkommende; ti vore Börn ere naturligvis ernärede på de forskelligste Måder.

Enten det nu imidlertid er Ernäringen eller andre Årsager, der spille en Rolle, vist er det, at Vägtkurven i 1ste Leveår kan forholde sig forskelligt, uden at vi have nogen som helst Ret til at kalde sådanne Afvigelser for patologiske; men det fälles for alle Kurver er, at Tilväxten i Begyndelsen af Året er större end i dets Slutning. Men når vi hos vore syge Patteböm så vel finde Drengenes Vägt större end Pigernes, som at Tilväxten hos bägge Kön er betydelig större i Årets förste $\frac{2}{3}$ end i dets sidste $\frac{1}{3}$, kan det ikke nägtes, at den fysiologiske Type er tydelig udtalt i vore syge Börns Vägtkurve.

Kunne vi genfinde de fysiologiske Love, når vi tage Hensyn til vore syge Patteböms Vägt efter Levemåneder, må vi også kunne göre det, når vi betragte

2) Vägten efter Kalendermåneder,

for så vidt de opstillede Grundsätninger have mere almindelig Gyldighed. Hos

sunde Börn

har MALLING-HANSEN som bekendt fundet, at en 9—15-årig Drengs Vägtforhold hvert Kalenderår gennemgår 3 Hovedperioder: en Maximums-, en Mellem- og en Minimumsperiode. Maximumsperioden begynder i Avgust og ender midt i December ($4\frac{1}{2}$ Måned), Mellemperioden räkker fra midt i December til Udgangen af April ($4\frac{1}{2}$ Måned), og Minimumsperioden går fra Slutningen af April til Slutningen af Juli (3 Måneder).

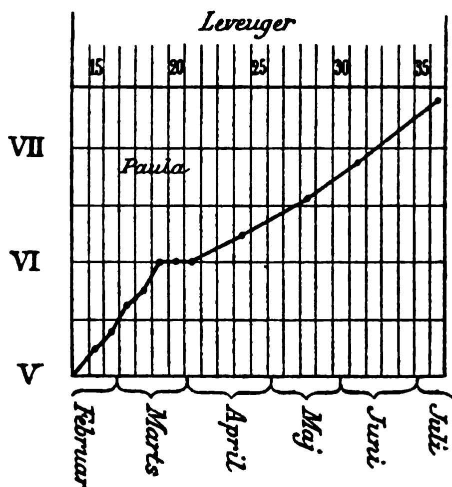
End videre har SCHMID-MONNARD (Halle) påvist årlige Perioder i Växten som hos danske Börn, kun til andre Tider. Hos 5—7-årige Drenge gå Vägtperioderne fra Avgust til Oktober, fra November til Januar og fra Februar til Juli. Hos Pigerne kunne de 3 Perioder ikke så tydeligt adskilles; der er omtrent Stilstand fra Februar til Juni og stärkere Växt fra Juli til Januar. Lignende Perioder kunne eftervises hos Börn fra 2 Års Alderen, hvorimod de kun antydningsvist ere at påvise i 2det og ikke i 1ste Leveår.

Om der end trænges til flere Undersögelser, er der dog meget, der taler for, at det väsentlige i MALLING-HANSENS Resultater udvides til at gälde fra Udgangen af 1ste Leveår og for bägge Kön, rigtig nok med Modifikationer for Pigernes Vedkommende. Men i 1ste Leveår, som er det, der särligt interesserer os i denne Afhandling, er der ikke påvist noget lignende.

Jeg skal dog strax anföre, at jeg fra privat Praxis har det aldeles bestemte Indtryk, at sunde Pattebörns Tilväxt står i Forhold til Årstiden, og jeg tror, at Födselsdagen eller Födselsmåneden har en nok så stor Andel i Vägtkurvens Forskelligheder som Ernäringsmåden, forudsat naturligvis at Ernäringen i övrigt er gennemfört på fornuftig Vis. Jeg mener at have iagttaget, at Pattebörn, enten de opfödes med Kvinde- eller Komälk, under fuldständig fysiologiske Forhold vise nogen Forskel i Vägtkurvens Forlöb, når de ere födte på forskellig Tid af Året, medens på den anden Side samme Årstid bevirker tilsvarende Forandringer i forskellige Börns Vägtkurver.

Jeg skal meddele et Par herhen hörende Exempler, der angå fuldständig sunde Börn (Tabel VIII—X).

Tabel VIII.

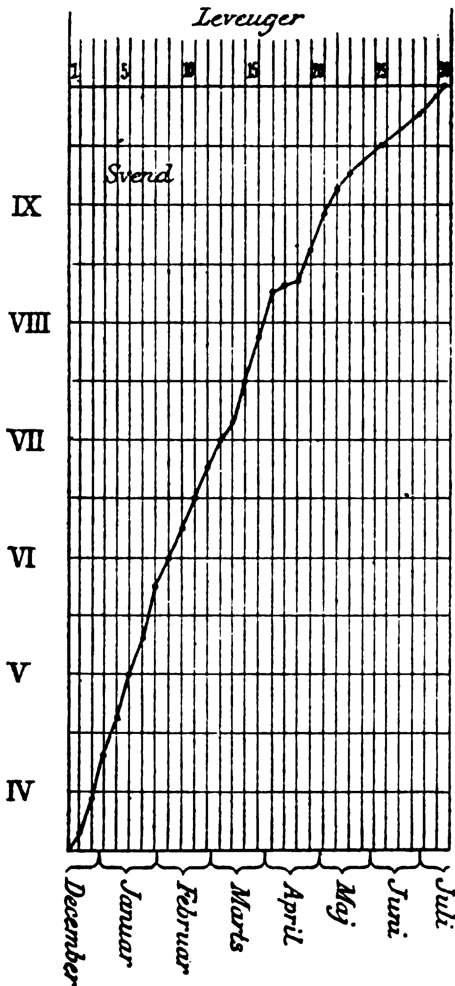


a) *Paula* födtes d. $^{11}/_{11}$ 94 og ernäredes med Modermälk. Hun kom til Vejning 13 Uger gammel og tiltog jävnt i Vägt til 19de Uge, men holdt sig da akkurat på samme Vägt i 3

Uger. Herefter gik Vägtforögelsen igen jävnt for sig, om end betydeligt mindre stärkt end forhen. Hun tiltog för Stilstanden (d. $^{11}/_{2}$—$^{18}/_{3}$ 95) gennemsnitligt 28,6 Gm pr. Dögn, men efter denne (d. $^{2}/_{4}$—$^{10}/_{7}$) kun 14,1 Gm pr. Dögn (Tabel VIII).

b) *Svend* födtes d. $^{12}/_{12}$ 91 og ernäredes ligeledes med Modermälk. Han var et ualmindeligt kraftigt Barn, der allerede ved Slutningen af 12te Uge havde fordoblet sin Födselsvägt. I 16de, 17de og 18de Leveuge (d. $^{2}/_{4}$—$^{16}/_{4}$ 92) fandtes kun ubetydelig Vägtforögelse, hvorefter Tilväxten igen tog större Fart, om end mindre end tidligere. Han tiltog i 1ste Periode gennemsnitligt 42,4 Gm pr. Dögn, men i sidste kun 17,7 Gm (Tabel IX).

Tabel IX.

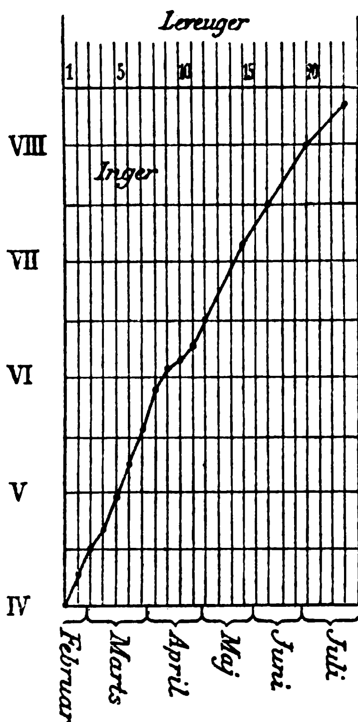


c) *Inger*, födt d. $^{20}/_{2}$ 94, Söster til foregående og ligesom denne ernäret med Modermälk, fordoblede sin Födselsvägt ved Udgangen af 19de Uge. I 8de og 9de Uge (d. $^{16}/_{4}$—$^{23}/_{4}$ 94) var der kun ringe Tilväxt. Hun tiltog i 1ste Periode 36,8, i sidste 23,9 Gm pr. Dögn (Tabel X, S. 20).

Medens man nu ganske vist kunde sige, at det er i fuld Overensstemmelse med de almindeligt antagne fysiologiske Love, at den gennemsnitlige Tilväxt pr. Dögn bliver mindre,

jo äldre Barnet bliver, og medens man om Paula og til Dels om Svend kunde sige, at de omtrent havde nået den Alder, hvor Vägtkurven »normalt» får en anden Retning end i Livets förste Begyndelse, findes Forstyrrelsen i Tilväxten på et så tidligt Alderstrin hos Inger, at denne Forklaring åbenbart ikke sträkker til. Heller ikke det, at de 2 sidste Börn ere Söskende, hos hvem Stage har fundet en påfaldende Lighed i Udvikling, kan give nogen fyldestgörende Forståelse af Forholdet. Derimod er det fälles for alle 3 Börn, at den absolute eller relative Stilstand i Vägten, hvor kortvarig den end kan väre, og den efterfölgende mindre Tilväxt pr. Dögn indfinde sig omtrent på samme Tid, nemlig:

Tabel X.



$^{18}/_{3}$—$^{2}/_{4}$ 1895
$^{2}/_{4}$—$^{16}/_{4}$ 1892
$^{16}/_{4}$—$^{23}/_{4}$ 1894

samt den derpå fölgende Del af Kalenderåret, og det skönt det er Börn af forskellige Foräldre, Börn af forskelligt Kön, der ere födte i 2 forskellige Kalenderår og i hver sin Kalendermåned, Börn, der kun have det tilfälles, at de levede i samme By og ernäredes på samme Måde, ved sunde Mödres Bryst. Barneorganismen möder åbenbart under sin Udvikling en Hindring i de anförte Exempler, og det forekommer mig at ligge lige for at betegne Modstandens Navn med Årstiden og dermed i Forbindelse stående Forhold. Vägten og Årstiden må så at sige udfägte en Tvekamp; et Öjeblik kunde Udfaldet synes tvivlsomt, dog — »das kommt nur auf Gewohnheit an» — har Organismen summet sig en kort Tid, om man vil, akklimatiseret sig, kan dens Kraft atter udfolde sig, den tager fat, hvor den slap, og spiller den gamle Melodi, men — »con sordino».

Efter MALLING-HANSEN foregår Overgangen fra Vägtens Mellem- til Minimumsperiode i Slutningen af April; men lige så lidt som Almanakens »Sommer begynder» er til Hinder for, at vi få tidligere Sommer, lige så lidt ere Overgangene mellem Vägtens forskellige Perioder bundne til bestemte Dage i Årets Löb, noget, MALLING-HANSEN også selv betoner. Jeg tror derfor at turde udtale, at den Stilstand i Tilväxten, der hos vore 3 Patteböm indtraf fra Midten af Marts til Slutningen af April, särdeles godt kan svare til Overgangen fra M.-H's Mellem- til Minimumsperiode, idet jeg dog skal henvise til, hvad der senere hen i denne Afhandling vil blive meddelt angående Börns Vägtforhold i Kalenderårets Löb.

Men forudsat at det er, som jeg antager, så bliver der dog den Uoverensstemmelse mellem MALLING-HANSEN og mig, at der hos Dövstumme-Institutets Drenge indtrådte Vägttab i »Minimumsperioden», hvorimod der hos vore Patteböm kun fandtes formindsket Vägtforögelse. Det forekommer mig at ligge når at söge Årsagen hertil i Barnealderens forskellige Udviklingsenergi; desto större denne til en given Tid er, jo ringere et Udslag ville vi få af Årstidens Indflydelse. Da nu 1ste Leveår og specielt dettes omtr. förste Halvdel er i Besiddelse af en mägtig »Livskraft» eller hvad man vil kalde det, er det meget naturligt, at de Forandringer, som Årstiden bevirker, kun ere små og i det hele og store ikke vise sig ved Vägttab, men kun ved ringere Tilväxt, og det bliver da en selvfölgelig Sag, at Forskellen mellem den gennemsnitlige daglige Vägtforögelse för og efter Katastrofens Indträden vil väre forholdsvis större hos Börn, jo äldre de ere, og omvendt. Vi se derfor også, at Inger, hvor Kurvens Afvigelse begynder på et meget tidligt stadium af Livet, udviser den forholdsvis mindste Difference mellem 1ste og 2den Vägtperiodes gennemsnitlige Tilväxt. Vägtkurvens Retning bliver altså Resultanten af de 2 Kräfter: Årstiden og den vedkommende Levealder, henholdsvis Levemåned iboende Udviklingsenergi.

Men kunne vi påvise Årstidens Indvirkning på Vägtkurvens Forlöb svarende til MALLING-HANSENS Mellem- og Minimumsperiode, må vi også kunne eftervise den i Maximumsperioden, og jeg tror netop, at vi i alt Fald lettest og hyppigst få en Vägtkurve som FLEISCHMANNS, når Årstid og »Livskraft», i Steden for at modarbejde hinanden som i Minimumsperioden,

arbejde Hånd i Hånd, m. a. O. når Börnene födes i Eftersommeren.

Jeg formener derfor, at de MALLING-HANSENske Perioder kunne genfindes hos Börn i 1ste Leveår, om end noget modificerede, og vil i alt Fald hävde dette Standpunkt, indtil man ved daglige eller dog hyppigt gentagne Vejninger af et större Antal sunde Patteböru af bägge Kön kan bevise mig det modsatte. Og jeg tror, at man får en naturligere og rigtigere Forklaring på MONTIS forskellige fysiologiske Vägtkurver ved at tage Hensyn til Årstiden end til den forskellige Ernäringsmåde.

Men når jeg har sat Årstiden som den vigtigste Årsag til disse Forandringer i Vägtens Forhold, skal jeg på den anden Side villig indrömme Födemidlet en sekundär Plads, dog — Pattebarnets väsentligste Näringsmiddel, Mälken, forandrer netop Sammensätning i Forhold til Årstiden. Om Kvindemälk foreligger kun, at den afsondres rigeligere i den varme Årstid end i den kolde (v. AMMON); men om Komälken vide vi i Fölge VIETHS og FABERS Undersögelser fra England, at den viser udtalte Forandringer i Årets Löb, Forandringer, der gentage sig med stor Regelmässighed fra År til År. Som jeg tidligere har vist, er der nu netop Svingningsoverensstemmelse mellem Kurverne for Komälkens procentiske Indhold af faste Stoffer og MALLING-HANSENS Vägtkurve for Börn i Årets Löb, og jeg antager det for höjst sandsynligt, at lignende Forandringer ville kunne eftervises for Kvindemälkens Vedkommende; men hvis så er, få vi jo netop Ernäringsspörgsmålet frem til sin Ret; men det bliver — fra et teoretisk Standpunkt i alt Fald — ikke Hovedsagen.

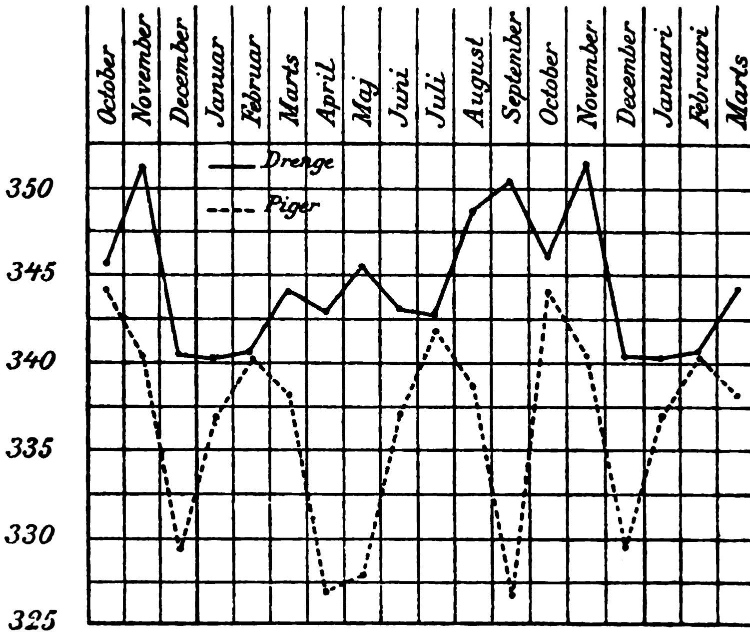
At Ernäringsmåden må väre af sekundär Betydning, forekommer mig yderligere at bevises derved, at de MALLING-HANSENske Love åbenbart kunne finde Anvendelse på Vägten af

Nyfödte

i Forhold til Årets Tider. Med Professor STADFELDTS velvillige Tilladelse har jeg gennemgået Vejningerne af fuldbårne, nyfödte Börn, födte på Födselsstiftelsen i Köbenhavn og under dennes hidtidige Lukketid (Juli og Avgust) i Filialerne for 4-Året 1891—94 og er kommen til fölgende Resultat (Tab. XI):

Tabel XI.

Fuldbårne Börns Födselsvägt. Födselsstiftelsen 1891—94.



Drengene veje altså stadig mere end Pigerne; men Könnene synes for övrigt at forholde sig ret forskelligt og skulle derfor blive afhandlede hvert for sig.

For *Drengenes* Vedkommende stiger Födselsvägten fra et minimum i December—Januar först småt, senere stärkere til Maj, falder dernäst til Juli og stiger stärkt i Avgust for i November at nå til maximum, hvorpå den igen falder stärkt til December. Forbigående Vägtfald finde Sted i April og navnlig i Oktober. Forskellen mellem höjeste og laveste Vägt andrager 115 Gm, og heraf falde 86 på Juli—November.

Der kan altså hos nyfödte Drenge eftervises Perioder, der ret godt svare til de MALLING-HANSENske og väsentlig adskille sig fra disse ved at have en forskellig Varighed (6—2—4 Måneder); men på den anden Side frembyde M.-H's og vor Kurve også tydelige Uligheder. Dog — det kan vel ikke väre anderledes; man må jo erindre, at vor Kurve ikke er konstrueret

efter Börnenes daglige Vägtsum, men efter Vägtens månedlige Gennemsnit. Ligheden bliver derfor også stärkere fremtrādende, når jeg efter MALLING-HANSENS Tabeller beregner den månedlige Gennemsnitsvägt (i Kilogram) pr. Individ, hvorved for Året 1884 f. Ex. fås fölgende Tal:

J.	*F.*	*M.*	*A.*	*M.*	*J.*	*J.*	*A.*	*S.*	*O.*	*N.*	*D.*
35,1	35,2	35,9	35,7	35,8	35,2	—	34,7	35,8	36,4	37,0	37,5

og man vil ved at sammenligne nyfödte Drenges Vägtkurve med den gennemsnitlige månedlige Vägtforandring (i Gram) hos Drengene på Opfostringshuset (I) og Disciplene på Herlufsholm (II) finde Overensstemmelse på anden Måde.

	J.	*F.*	*M.*	*A.*	*M.*	*J.*	*J.*	*A.*	*S.*	*O.*	*N.*	*D.*	
I	70	595	35	340	35	÷75	÷350	325	905	515	240	÷35	1881—82
II	595	270	280	665	—	130	÷105	1455	990	475	350	÷20	1883—84

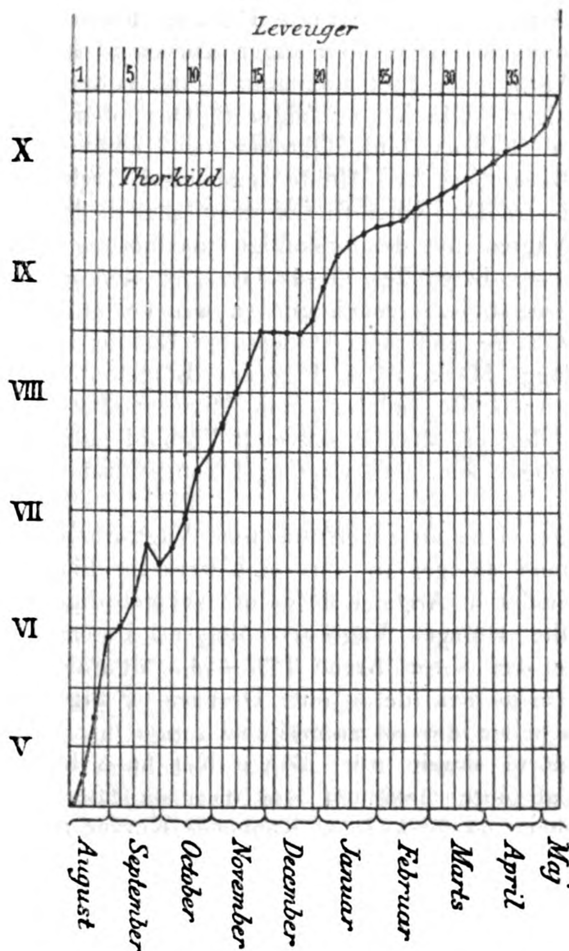
End videre däkker det ene Års Vägtkurve i Regelen ikke ganske det andets, noget, vi allerede have antydet tidligere, og som også viser sig at våre Tilfäldet hos nyfödte (Siffertabel 6); man kan derfor heller ikke af denne Grund vänte fuld Overensstemmelse mellem MALLING-HANSENS (1882—85) og mine (1891—94) Undersögelser. Men når man i en Kurve som hos den

d) sunde *Thorkild*, der födtes d. 17/8 90 og ernäredes ved en sund Moders Bryst, finder et tydeligt udtalt Vägttab i Oktober så vel som Vägtstilstand i December (Tabel XII, S. 25), noget, der passer särdeles godt med vor Vägtkurve for nyfödte Drenge, er det vel naturligt at antage, at disses Vägt i Enkeltheder vil svare bedre til Vägtforholdene hos Drenge i eller omkring Årene 1891—94, end MALLING-HANSENS göre det.

Gå vi dernäst over til at betragte nyfödte *Pigers* Vägt (Tabel XI), så have vi allerede henpeget på den iöjnefaldende Forskel, denne udviser lige over for Drengenes, ja der er nästen et modsat Forhold mellem Könnenes Vägt; kun i Slutningen af Året er der kortvarig Parallelisme. Det kunde, for at tale billedligt, nästen se ud som »Moder Natur» kun havde en bestemt Mängde Vägtmateriale til Rådighed, hvilken Könnene skulde »dele som Brödre», og at det ene Kön ikke kunde få mere end det höjst nödvendige heraf, når det andet först havde »taget Broderparten». Også selve Kurvernes Karakter

er forskellig hos de 2 Kön. Medens Drengene nästen hele Året så at sige arbejde for at nå op til maximum og ligesom nödig give Slip på den Vägt, de én Gang have nået, er der

Tabel XII.



noget mere kådt og upålideligt ved Pigernes Måde at tage Sagen på; de storme lös strax, men trättes og må opgive Kampen; efter en Hvile gå de på igen, men kunne heller ikke nu holde Stillingen, og först tredje Gang lykkes det dem at vinde Sejrens Palme, men da rigtig nok også noget tidligere end Drengene. Det forekommer mig, at man i nyfödtes Vägt-

kurver kan se afspejlet noget af Forskellen mellem Mand og Kvinde, så vel hvad det legemlige som det själelige angår; Drengene nå först det bedste, efter hvad Idrätsmändene kalde at våre »kommet lidt i Varmen», hvorimod Pigerne »komme forholdsvis hurtig op» (CLOD-HANSEN).

Vi skulle dernäst betragte Pigernes Kurve lidt närmere. Fra et minimum i December stiger Kurven til Februar, falder igen til April, nåer 2det maximum i Juli, falder igen til September, stiger i Oktober og falder til December. Vi få herved 3 maxima (Februar, Juli, Oktober) og 3 minima (April, September, December), hvis Höjde, henholdsvis Dybde er i stadig Tiltagende fra December til Oktober; men medens Forskellen mellem Vägten for de forskellige maxima og minima i det hele ikke er betydelig (30—42 Gm), er der mellem laveste minimum og höjeste maximum en Forskel af 179 Gm, altså betydeligt mere end hos Drengene. Endelig er det måske värd at lägge Märke til, at Pigernes »Bölgetoppe» ere bredere henimod Årets Begyndelse, men blive smallere henad dets Slutning; der er altså et omvendt Forhold mellem Höjde og Bredde, noget, som for övrigt også kan erkendes i Drengenes Kurve.

Spörge vi nu atter her, om disse Vägtforhold hos nyfödte Piger kunne antages at våre et Udtryk for Pigebörns Vägtforskelligheder i Årets Löb, er det vel naturligt at svare, at, var nyfödte Drenges Vägtkurve det, må Pigernes vänteligen også våre det — for Årene 1891—94 i alt Fald. Uoverensstemmelsen mellem de nyfödte Drenges og Pigers Kurver er nu endda heller ikke så overväldende, som man efter det tidligere anförte skulde tro. Bägge Kön have det tillfälles, at Vägtens absolute maximum först nåes om Efteråret (Oktober —November), og forskyde vi Könnenes Kurver mod hinanden, Pigernes til höjre, d. e. henimod Årets Ende, og Drengenes til venstre, d. e. henimod Årets Begyndelse, vil Overensstemmelsen strax falde i Öjnene. Men medens vi i Årets Slutning kun behöve at forskyde Kurverne 1 Måned, må de i Årets Begyndelse forskydes 3 Måneder og i dets Midte 2, idet fölgende Måneders Vägt svarer til hverandre:

Piger: Februar—Juli—Oktober,
Drenge: Maj—September—November.

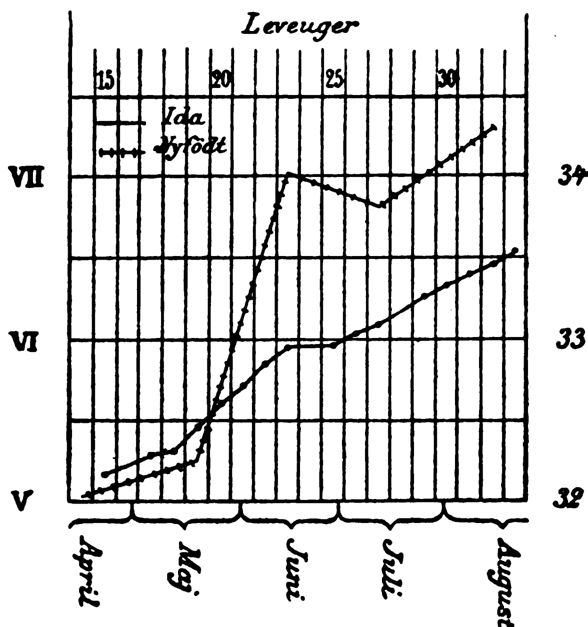
De 2 Kön have altså en i Forhold til Årstiden forskellig »Vägttid»; men Bög og Eg have jo også forskellig Lövspringstid.

Hvad vide vi da om Pigebörns Vägtforandringer i Årets Löb? Efter MALLING-HANSEN skulle Pigerne i det väsentlige forholde sig som Drengene; men han har des värre (+1890) kun nårmere fået bearbejdet Drengenes Vägt, og enkelte Udtalelser af ham vise netop, at de 2 Kön forholde sig noget forskelligt, navnlig således at Pigerne tiltage en Tid lang i Vägt til Trods for, at Drengene tage af. Fremdeles har, som tidligere omtalt, SCHMID-MONNARD påvist Forskel hos de 2 Kön, og endelig har VAHL (Jægerspris) ved at veje Piger i Alderen 4—14 År 2 Gange årligt (April og Oktober) fundet, at Tilväxten i Sommerhalvåret nästen er $\frac{1}{3}$ större end i Vinterhalvåret, noget, der efter vor Tabel särdeles godt kunde svare til Forholdet hos nyfödte Piger, men dårligere vilde passe på Drengenes Kurve.

At vore nyfödte Pigers Vägt er rigtig for Årene 1891—94, fremgår formentlig også tydeligt nok af, at der kan påvises udtalt Svingningsoverensstemmelse med sunde Pigebörns Vägt i 1ste Leveår.

e) Hos *Ida*, der födtes d. $^{13}/_{1}$ 91 og ernäredes med Ammemälk, viser således Vägtkurven fra d. $^{23}/_{4}$ til $^{18}/_{8}$ 91 Svingninger, der genfindes i nyfödte Pigers Vägt fra April til Avgust inklusive 1891 (Tabel XIII).

Tabel XIII.



Og når jeg ovenfor (Side 21) udtalte, at Stilstanden i Vägt hos de 3 Patteböm (Tabel VIII—X) särdeles godt kunde svare til Overgangen fra MALLING-HANSENS Mellem- og Minimumsperiode, få vi her til Dels Forklaring på, at denne Overgang er så lidet bestemt, idet de 2 Köns Vägtforhold viser sig at väre ret forskelligt på denne Tid af Året.

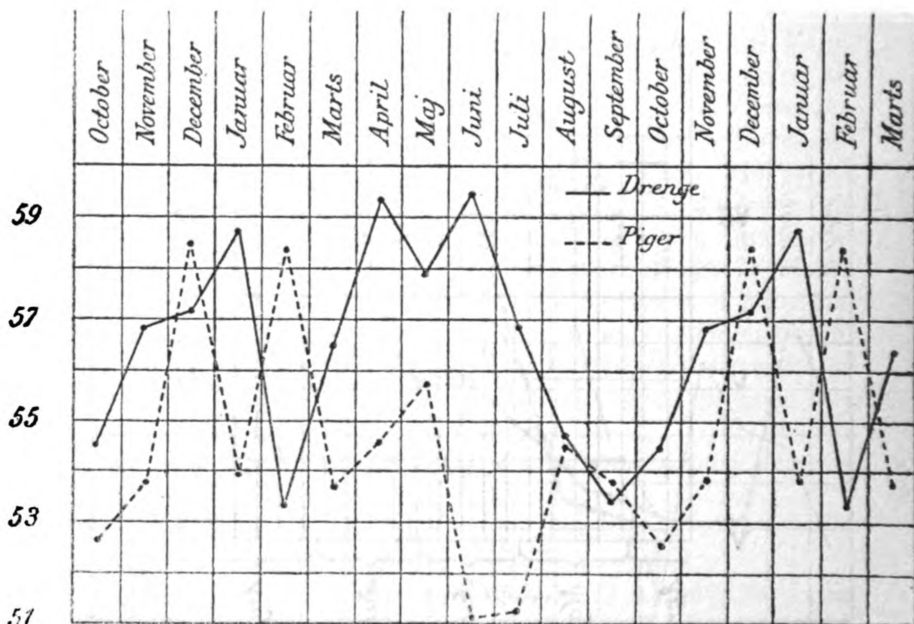
Jeg tror derfor, at de Regler, der her ere fundne for bägge Kön hos nyfödte, have väret de i Hovedsagen gäldende for Barnealderens Vägtforhold i 4-Året 1891—94, noget, der også vil blive bekräftet for Pattebarnealderens Vedkommende ved det, der skal anföres senere hen i denne Afhandling. Efter således at have fået et til vort Brug anvendeligt Skema for Vägtens fysiologiske Forhold i Kalenderårets Löb hos bägge Kön, skulle vi gå over til at se, hvorledes vore

syge Patteböms Vägt

forholder sig i Löbet af Året (Tabel XIV).

Tabel XIV.

Syge Börns Vägt. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.



Tabellen viser, at de 2 Köns Vägt i det hele forholder sig meget forskelligt; Drengene veje mere end Pigerne, undtagen i Februar, September og December; gennemgående stiger Pigernes Vägt, når Drengenes falder og omvendt, kun henimod Årets Slutning er der nogen Parallelisme i Kurverne.

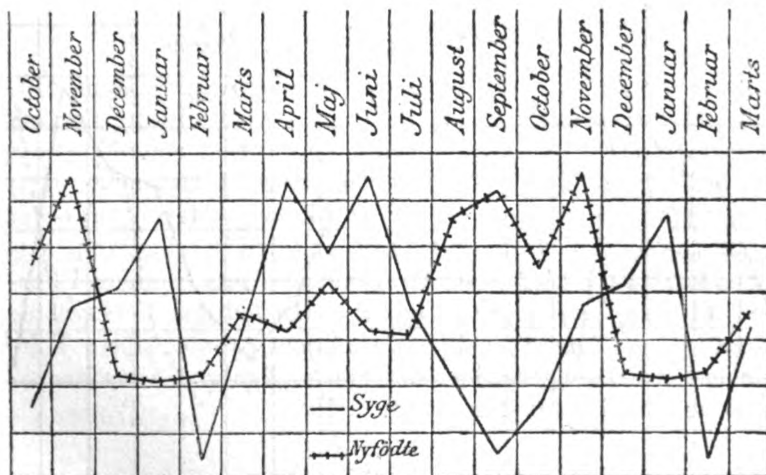
Betragte vi dernäst hvert Kön for sig, så fremgår det for *Drengenes* Vedkommende, at man kan påvise 2 udtalte maxima (Januar og Juni), der adskilles ved minima i Februar og September. Perioden Februar—Avgust udmärker sig ved at have en forholdsvis höj og Perioden September—Januar ved en forholdsvis lav Vägt. Kunne vi heri genfinde de fysiologiske Love? Ved at sammenligne de syge Drenges Vägtkurve med den hos nyfödte (Tabel XV), vil det ses, at man i bägge Kurver tydeligt kan iagttage de samme Svingninger, endog i Detaljer; men de syge Börns Kurve er forskudt 1 til 2 Måneder henad Årets Slutning, idet fölgende Måneder komme til at svare til hverandre:

Nyfödte: Maj—September—November.
Syge: Juni—November—Januar.

Tabel XV.

Nyfödtes og syge Pattebörns Vägt.

Drenge.



Foruden Forskydningon i det horisontale Plan, er der også Forskydning i det vertikale og det på den Måde, at Bölgebjergene ere forholdsvis höjere og Bölgedalene dybere, så at Grånserne mellem Perioderne blive skarpere udtalte i den patologiske Kurve end i den fysiologiske, og således at Forholdet mellem de enkelte Perioders Vägtsum byttes om, idet de syge Börn have den höjeste Vägt i, hvad der svarer til MALLING-HANSENS »Mellemperiode», og kun Middelvägt i »Maximumsperioden». Men til Trods for disse Uoverensstemmelser er Ligheden mellem de 2 Kurver så slående og kan föres så meget i Enkeltheder, at de åbenbart gensidig bestyrke hinandens Pålidelighed, noget der for mig er et väsentligt Holdepunkt for, at mine Kurver for nyfödtes Vägt svarer bedre til de fysiologiske Forhold i 1891—94 end MALLING-HANSENS göre det.

Vi gå dernäst over til at betragte de syge *Pigers* Vägtforhold. Kurven viser hos disse (Tabel XIV) 4 maxima (Februar, Maj, August, December) og 4 minima (Januar, Marts, Juni, Oktober), medens vi fysiologisk kun havde 3 af hver. Men lad os, ligesom vi gjorde det for Drengenes Vedkommende, sammenligne den fysiologiske og patologiske Kurve med hinanden (Tabel XVI, S. 31). Den vandrette Forskydning henimod Årets Slutning genfindes jo også tydeligt nok i de syge Pigers Kurve, idet fölgende Måneder svare til hverandre:

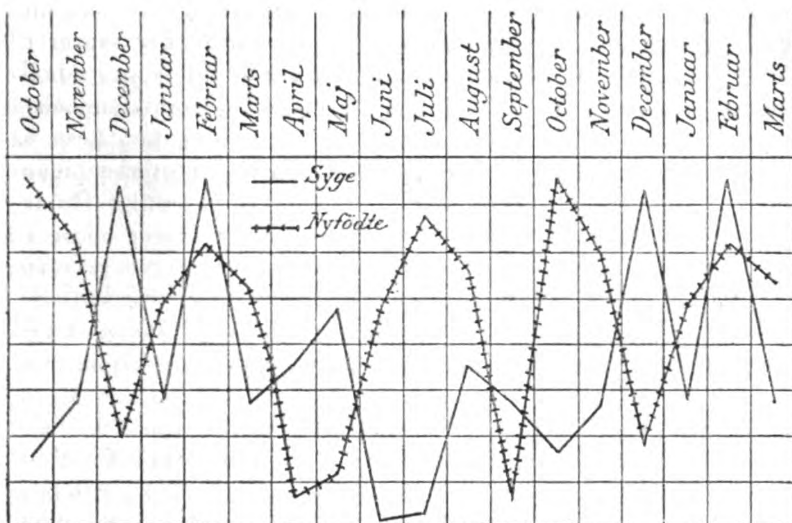
Nyfödte: Februar — Juli — Oktober.
Syge: Februar, Maj—August—December.

Det brede og forholdsvis lave fysiologiske maximum (Januar—Marts) kommer altså til at svare til 2 adskilte maxima i den patologiske Kurve (Februar—Maj). End videre kommer det forholdsvis lille fysiologiske minimum i December til at svare til 2 i Kurven hos syge Börn (Januar—Marts); men for övrigt finde vi ligesom hos Drengene den patologiske Vägtkurve forskudt 1 til 2 Måneder henimod Årets Slutning i Forhold til den fysiologiske. Og hvad den lodrette Forskydning angår, så er denne hos Pigerne udbredt over et större Tidsrum end hos Drengene, idet det kun er lige ved Årets Begyndelse og Slutning, at den er lidet udtalt.

Tabel XVI.

Nyfödtes og syge Patteborns Vägt.

Piger.



De syge Pigers Vägtkurve afviger altså noget mere fra den fysiolologiske Kurve, end Drengenes gör det; Sygdomme spille så at sige lettere Bold med det svage end med det stärke Köns Vägt. Men til Trods herfor genfindes de fysiologiske Love dog tydeligt i de patologiske Vägtkurver så vel hos Piger som hos Drenge, og da Forskydningen hos bägge Kön foregår i samme Retning og på väsentlig samme Måde, må vi også ved at sammenligne Könnenes patologiske Vägtkurver indbyrdes kunne genfinde det fysiologiske Forhold mellem Könnenes Vägt i disse, og det kunne vi jo også let (Tabel XIV). Hér er et modsat Forhold mellem Vägtene undtagen henimod Årets Slutning, ligesom dér; Pigekurven er forskudt henad Årets Begyndelse, Drengenes henimod dets Slutning, og Drengene veje i det hele mere end Pigerne, et Forhold, hvori kun den noget forskellige Forskydning i det lodrette Plan bevirker en ringe Uregelmässighed.

Vi ere således ved Betragtning af syge Pattebörns Vägt så vel efter Levemåneder som efter Kalendermåneder komne til det samme Resultat, nemlig at den fysiologiske Type tydeligt genfindes i det patologiske Materiale; men Billedet er fortrukket snart mere i den ene, snart mere i den anden Retning, det iagttages ligesom gennem et Prisme, hvis brydende Kant afvexlende er vendt op og ned, til höjre og til venstre. Patologiske Processer hämme altså den fysiologiske Udvikling snart i höjere, snart i ringere Grad og forskyde derved de normale Gränser for samme så vel i det hele som i de enkelte Afsnit; men det fysiologiske behersker det patologiske.

Vi gå dernäst over til at betragte det indbyrdes Forhold mellem

C. Sygelighed og Vägt.

Det er jo en bekendt Sag, at Sygdom og Vägt som Regel stå i et omvendt Forhold til hinanden. Man kan vel ikke tänke på en Diagnose som atrophia infantum, uden at dette står lyslevende for En, og Udtalelser herom så vel mere i Almindelighed som angående enkelte Sygdomme foreligge naturligvis også dels i Håndbögerne under Sygdomsbeskrivelsen, dels i mere specielle Afhandlinger, f. Ex. af BRÜNNICHE, STAGE, VAHL og MALLING-HANSEN.

Lad os da se, hvorledes Forholdet er mellem vore Pattebörns Vägt og Sygelighed, idet vi begynde med at betragte det efter

1) Levemåneder.

I det hele og store er Forholdet jo modsat, Vägten stiger og Sygeligheden falder; men så vel Vägt som Sygelighed forholde sig som tidligere vist ikke ganske ens i Löbet af 1ste Leveår. Medens vi indtil omtr. 8de Levemåned have det omvendte Forhold mellem de 2 Faktorer i den stärkt aftagende Sygelighed og den stärkt tiltagende Vägt, finde vi derimod i Årets Slutning et mere lige Forhold derimellem, for så vidt en ringe Sygelighed og en forholdsvis ringe Vägtforögelse komme til at höre sammen, og se vi på Enkeltheder i Kurverne, er der også snarest et lige Forhold mellem Sygelighed og Vägt så vel hos Drenge som hos Piger. Hvad kan Grunden

hertil väre? Man må erindre, at Materialet for Sygelighed og Vägt er en Del forskelligt, idet hverken Antallet af Sygdomme eller af Vejninger svare til hinanden eller til Antallet af syge eller vejede Börn; nogle af Börnene have kun väret syge én Gang, andre flere Gange, nogle ere ikke vejede, andre ere vejede ofte; det er altså ikke kommensurable Störrelser, vi have at arbejde med. Det fra det sädvanlige afvigende, at der i vore Kurver delvis er et lige Forhold mellem Sygelighed og Vägt, får dog en naturligere Forklaring, når man ihukommer, at vore syge Börns Vägtkurve i Hovedsagen gengiver den fysiologiske Type, beherskes af Lovene for den fysiologiske Vägtudvikling. Ere vi nåede så vidt, komme vi let ud over de tilsyneladende Modsigelser; ti rigtig nok kunne vi på den ene Side tydeligt genfinde de fysiologiske Love i vore patologiske Vägtkurver; men på den anden Side veje vore syge Börn i hele 1ste Leveår absolut mindre end sunde Börn, og her have vi jo netop det omvendte Forhold mellem Sygelighed og Vägt.

Grunden til, at Sygeligheden til Trods for, at den utvivlsomt påvirker Vägten i nedadgående Retning, dog ikke kan tilintetgöre de fysiologiske Love for denne, må väre, enten at disse ere den for stärke, eller at Sygeligheden på en Måde er en lunken Modstander, — for ikke at sige bägge Dele. Og det er vel netop Sagen; ti de Processer og Produkter, der betegnes som sygelige, ere jo ikke efter deres Väsen noget nyt, noget fremmed, som kun har fästet Bo i Organismen, men udvikle sig efter Lovene for de sädvanlige fysiologiske Livsytringer (C. Lange).

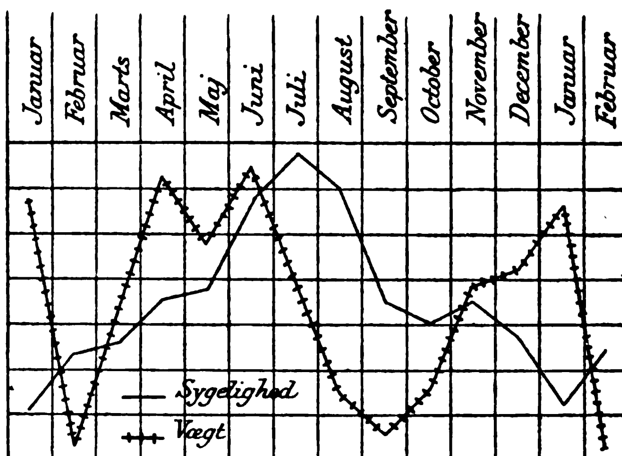
Lad os dernäst betragte Vägt og Sygelighed efter

2) Kalendermåneder.

Hos *Drengene* (Tabel XVII, S. 34) er der ganske vist til Dels et modsat Forhold mellem de 2 Faktorer, f. Ex. Juni—Juli med faldende Vägt og stigende Sygelighed, og November—Februar med faldende Sygelighed og stigende Vägt; men til andre Tider er der tvärtimod et lige Forhold derimellem, f. Ex. Februar—April og Juli—September.

Tabel XVII.

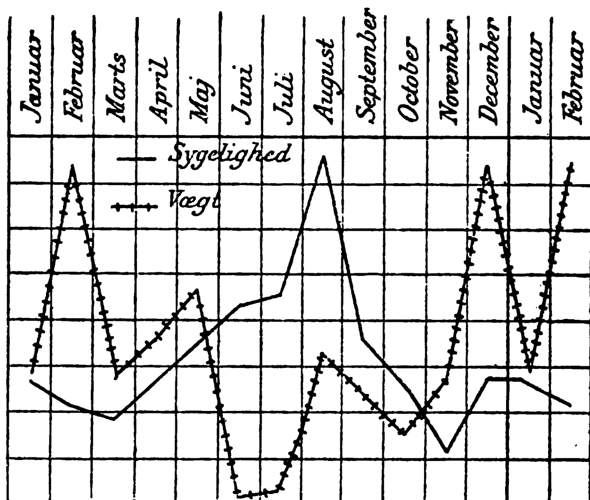
Drenges Vägt og Sygelighed. 0—1 År.



Og for *Pigernes* Vedkommende (Tabel XVIII) kommer akkurat det samme frem; her er Forholdet omvendt i Januar—Februar, Maj—Juni og Oktober—November, men ellers lige.

Tabel XVIII.

Pigers Vägt og Sygelighed. 0—1 År.



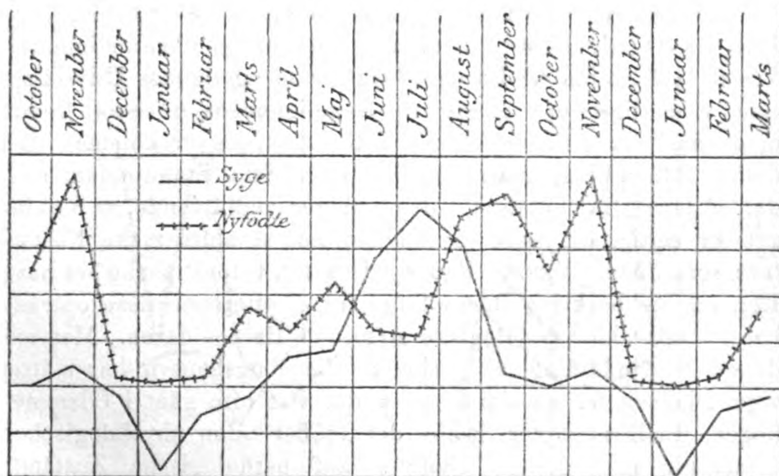
Nu vide vi ganske vist, at Sygdomme indvirke forskelligt stärkt på Vägten efter deres Grad og Varighed (SCHEPELERN, MIYAMOTO), og det er jo en dagligdags Erfaring, at nogle Lidelser give större Vägttab end andre. Men selv om det også er tydeligt at erkende, at Vägten hos bägge Kön er lav på den Tid af Året, hvor Sygeligheden her i Landet er störst blandt Patteböru, må vi dog atter erindre Overensstemmelsen mellem den patologiske og fysiologiske Vägtkurve og kunne lige så lidt her, som hvor Talen var om »Levemåneder», give Sygeligheden alene Skylden for den patologiske Vägtkurves Udseende.

Viser da den fysiologiske Vägtkurve mere Lighed med Sygelighedskurven, end den patologiske Vägtkurve gör det? Også her finde vi (Tabel XIX og XX), at der snart er et omvendt, snart et lige Forhold mellem Vägt og Sygelighed. De 2 Slags Kurver vise sig vel antydningsvis at stå i et närmere indbyrdes Forhold; men i det hele og store ere de uafhängige af hinanden, hver går sine egne Veje, og man kan lige så lidt sige, at et fysiologisk Vägtminimum disponerer til höj Sygelighed, som at et Vägtmaximum er Årsagen dertil.

Tabel XIX.

Sygelighed 0—1 År og nyfödtes Vägt.

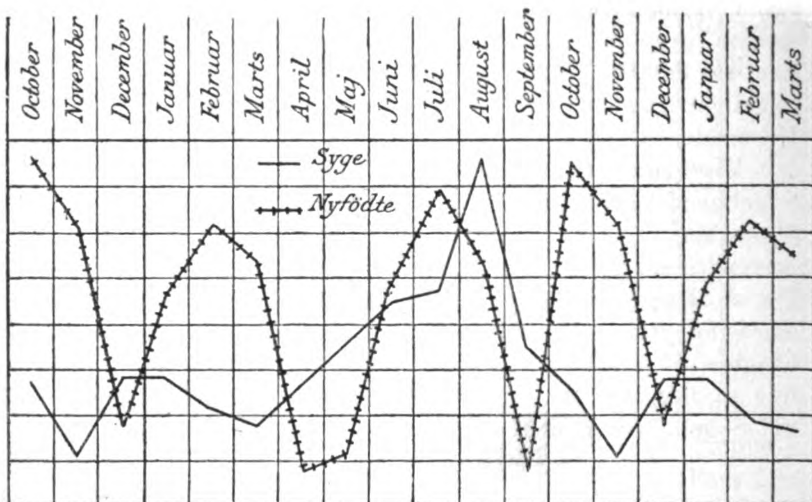
Drenge.



Tabel XX.

Sygelighed 0—1 År og nyfödtes Vägt.

Piger.



Det er hverken Vägten, der alene bestemmer Sygelighedens Forhold, eller Sygeligheden, der udelukkende bestemmer Vägtens.

Når jeg derfor sluttede min Undersögelse over hele Barnealderens Sygelighed med at udtale, at det er Ejendommeligheder, der stå i Relation til Barnets Organisme og dennes Udvikling, som väsentligst ere Årsag til Sygelighedens Forhold, kunde man måske tro, at jeg efter det Resultat, jeg er kommen til i denne Afhandling, måtte opgive et sådant Standpunkt; men det er langt fra Tilfäldet. Jeg antager vedblivende, at Meningen er rigtig, og jeg er overbevist om, at äldre tyske Forfattere som Jörg, Wendt, Rau og Rummel videnskabelig set have Ret, når de beskrive Börns Sygdomme, eftersom disse opträde i dette eller hint fysiologiske Afsnit af Barnealderen. Men når denne Stofinddeling af praktiske Lärebogshensyn har måttet vige Pladsen for en simplere, er det vist ofte gået i Glemmebogen, hvilken vigtig Rolle det spiller »den physiologischen Character und dessen Einfluss auf pathologische Zustände

genauer ins Auge zu fassen» (RUMMEL), om man end hos enkelte nyere Forfattere (HAGENBACH, UFFELMANN, GERHARDT, KEY) kan finde mere speciel Omtale heraf.

Derimod kunne vi af denne Afhandling läre, at det ikke er den Side af det fysiologiske Liv, der finder sit Udtryk i Vägtforholdene, som er det dominerende, eller i alt Fald det ene herskende, lige over for Sygeligheden i al Almindelighed.

Köbenhavn i November 1895.

Tab. 1.

Konsultationer i Marthahjemmets Poliklinik for Börn af bägge Kön. 0—14 År. 1891—94.

	Januar.	Februar.	Marts.	April.	Maj.	Juni.	Juli.	Avgust.	September.	Oktober.	November.	December.	Sum.
1891	409	473	473	470	391	463	449	499	557	550	514	475	5 723
1892	371	512	532	472	522	505	406	468	528	465	601	448	5 830
1893	502	638	685	539	553	523	502	601	468	574	494	504	6 583
1894	548	602	504	461	499	557	480	447	455	537	553	521	6 164
Sum	1 830	2 225	2 194	1 942	1 965	2 048	1 837	2 015	2 008	2 126	2 162	1 948	24 300

Tab. 2.

Syge Drenge. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.

Alder i Måneder.	Januar.	Februar.	Marts.	April.	Maj.	Juni.	Juli.	Avgust.	September.	Oktober.	November.	December.	Sum.
0—1	3	4	2	3	4	7	6	9	5	2	9	1	55
1—2	8	14	9	8	9	12	12	21	11	10	5	6	125
2—3	12	10	7	4	15	14	15	9	16	8	9	14	133
3—4	4	10	9	18	8	11	11	4	11	7	9	7	109
4—5	2	6	8	8	5	8	16	13	5	9	5	7	92
5—6	10	8	5	7	13	13	7	9	7	8	8	13	108
6—7	5	5	11	11	7	7	9	13	10	9	6	6	99
7—8	2	3	6	5	5	11	7	6	3	5	10	5	68
8—9	4	3	4	8	6	10	9	7	6	3	5	2	67
9—10	3	4	3	5	9	3	7	6	7	6	6	6	65
10—11	8	1	7	3	4	6	10	10	2	8	7	5	71
11—12	0	5	5	4	3	6	9	3	1	5	5	7	53
0—12	61	73	76	84	88	108	118	110	84	80	84	79	1 045

Tab. 3.

Syge Piger. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.

Alder i Måneder.	Januar.	Februar.	Marts.	April.	Maj.	Juni.	Juli.	Avgust.	September.	Oktober.	November.	December.	Sum.
0—1	8	3	2	6	6	6	8	9	6	5	2	6	67
1—2	8	3	6	6	9	16	7	10	15	6	5	5	96
2—3	7	5	12	5	17	6	11	20	5	14	8	5	115
3—4	8	3	6	13	6	8	6	8	7	7	4	3	79
4—5	4	7	7	4	5	5	5	7	2	5	3	4	58
5—6	4	6	3	2	6	5	8	7	6	3	6	12	68
6—7	6	8	4	7	7	10	8	9	4	4	1	4	72
7—8	3	5	6	4	4	5	10	16	3	4	5	4	69
8—9	4	6	1	5	2	4	4	5	8	4	6	5	54
9—10	2	3	5	6	7	8	6	6	5	7	4	6	65
10—11	8	8	3	7	6	5	5	10	7	4	4	8	75
11—12	7	4	4	3	1	5	9	7	9	5	4	7	65
0—12	69	61	59	68	76	83	87	114	77	68	52	69	883

Tab. 4.

Döde Börn. 0—1 År. Köbenhavn (Kristianshavn). 1820—79.
SÖRENSEN. Gruppe I & IV.

Alder i Måneder.	Drenge.	Piger.	Sum.
0—1	656	589	1 245
1—2	186	155	341
2—3	125	109	234
3—4	157	136	293
4—5	124	98	222
5—6	99	81	180
6—7	165	155	320
7—8	60	66	126
8—9	84	70	154
9—10	121	113	234
10—11	53	57	110
11—12	47	55	102
0—12	1 877	1 684	3 561

Tab. 5.

Döde Börn af alle Samfundslag. Köbenhavn 1891—94. Stadslägen.

	Januar.	Februar.	Marts.	April.	Maj.	Juni.	Juli.	Avgust.	September.	Oktober.	November.	December.	Sum.
0—1 År.													
Drenge	377	342	335	339	366	303	373	504	370	288	302	372	4 271
Piger	289	259	260	291	292	259	322	398	292	243	247	291	3 443
Sum	666	601	595	630	658	562	695	902	662	531	549	663	7 714
1—12 Måned.													
Drenge	281	244	260	251	289	212	292	380	270	213	216	276	3 184
Piger	195	183	209	222	225	194	242	308	206	180	184	201	2 549
Sum	476	427	469	473	514	406	534	688	476	393	400	477	5 733

Tab. 6.

Fuldbårne Börns Födselsvägt. Födselsstiftelsen 1891—94.

	Januar.	Februar.	Marts.	April.	Maj.	Juni.	Juli.	Avgust.	September.	Oktober.	November.	December.	Middeltal.	Antal.
D r e n g e.														
1891	3 440	3 378	3 462	3 461	3 364	3 408	3 572	3 514	3 640	3 496	3 481	3 438	3 476	328
1892	3 375	3 530	3 519	3 400	3 469	3 391	3 447	3 342	3 286	3 521	3 585	3 447	3 443	332
1893	3 535	3 360	3 453	3 413	3 481	3 533	3 373	3 537	3 429	3 374	3 441	3 294	3 437	375
1894	3 224	3 345	3 378	3 443	3 467	3 381	3 390	3 506	3 632	3 442	3 550	3 461	3 434	372
1891—94	3 401	3 407	3 443	3 430	3 455	3 433	3 430	3 484	3 504	3 456	3 516	3 405	3 447	
Antal	106	108	113	109	114	106	155	172	82	112	108	122		1 407
P i g e r.														
1891	3 396	3 317	3 406	3 208	3 226	3 402	3 381	3 431	3 169	3 422	3 425	3 236	3 335	298
1892	3 402	3 581	3 456	3 456	3 171	3 400	3 409	3 293	3 453	3 521	3 321	3 390	3 397	276
1893	3 286	3 435	3 326	3 266	3 311	3 404	3 478	3 404	3 238	3 373	3 471	3 267	3 371	314
1894	3 396	3 305	3 295	3 304	3 368	3 284	3 446	3 434	3 235	3 450	3 395	3 295	3 366	311
1891—94	3 371	3 403	3 382	3 272	3 279	3 374	3 420	3 388	3 266	3 445	3 404	3 296	3 367	
Antal	90	94	95	83	85	81	169	143	84	104	90	81		1 199

Tab. 7.

Sunde Pattebörns Vägt. Privat Praxis.

a) Paula, födt 11/11 94.		b) Svend, födt 12/12 91.		c) Inger, födt 20/2 94.	
11/2 95	5 000	12/12 91	3 500	20/2 94	4 000
18/2	5 250	19/12	3 625	27/2	4 250
25/2	5 400	26/12	3 925	5/3	4 500
4/3	5 600	2/1 92	4 375	12/3	4 675
11/3	5 725	9/1	4 625	19/3	4 975
18/3	6 000	16/1	5 000	26/3	5 250
25/3	6 000	23/1	5 350	2/4	5 525
2/4	6 000	30/1	5 750	9/4	5 825
20/4	6 300	6/2	6 000	16/4	6 025
18/5	6 525	13/2	6 250	23/4	6 175
8/6	6 900	20/2	6 500	30/4	6 300
10/7	7 400	27/2	6 750	7/5	6 500
		5/3	7 000	29/5	7 125
		12/3	7 175	12/6	7 500
		19/3	7 500	3/7	8 000
		26/3	7 875	24/7	8 375
		2/4	8 250		
		9/4	8 350		
		16/4	8 375		
		23/4	8 625		
		30/4	8 950		
		7/5	9 125		
		15/5	9 250		
		12/6	9 500		
		3/7	9 750		
		17/7	10 000		

d) Thorkild födt 17/8 90.				e) Ida födt 13/1 91.	
17/8 90	4 500	4/1 91	8 875	23/4 91	5 200
24/8	4 750	11/1	9 150	1/5	5 300
1/9	5 250	18/1	9 275	7/5	5 325
7/9	5 900	25/1	9 350	14/5	5 450
14/9	6 000	1/2	9 400	21/5	5 600
21/9	6 250	8/2	9 425	28/5	5 700
28/9	6 750	15/2	9 475	4/6	5 800
5/10	6 550	22/2	9 625	11/6	5 950
12/10	6 700	1/3	9 650	25/6	5 950
19/10	6 950	8/3	9 675	2/7	6 050
26/10	7 375	15/3	9 700	9/7	6 150
2/11	7 500	22/3	9 750	19/7	6 250
9/11	7 750	29/3	9 850	27/7	6 300
16/11	8 000	5/4	9 900	2/8	6 400
23/11	8 250	12/4	10 000	10/8	6 450
30/11	8 500	19/4	10 100	18/8	6 550
7/12	8 500	26/4	10 200		
14/12	8 500	3/5	10 350		
21/12	8 500	10/5	10 500		
28/12	8 625				

Tab. 8.

Syge Börns Vägt. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.

Alder i Måneder.	Drenge.	Piger.	Bägge Kön.
0—1	3 625	3 530	3 570
1—2	4 040	3 775	3 920
2—3	4 565	4 235	4 430
3—4	4 945	4 905	4 925
4—5	5 590	5 300	5 485
5—6	6 125	5 865	6 030
6—7	6 400	6 055	6 270
7—8	7 020	6 585	6 845
8—9	7 050	6 585	6 835
9—10	7 395	7 005	7 205
10—11	7 975	7 360	7 610
11—12	7 925	7 860	7 890

Tab. 9.

Syge Drenges Vägt. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.

Alder i Måneder.	Januar.	Februar.	Marts.	April.	Maj.	Juni.	Juli.	Avgust.	September.	Oktober.	November.	December.	Antal Vejninger.
0—1	3 625	3 835	3 525	4 250	4 115	3 350	3 490	3 545	3 845	3 590	3 565	3 050	50
1—2	4 225	3 955	4 110	3 750	4 210	4 305	4 120	3 770	4 160	4 615	3 850	3 885	213
2—3	4 985	4 480	4 340	4 690	4 535	4 915	4 700	4 710	4 585	3 925	4 690	4 790	281
3—4	5 115	4 940	5 045	5 050	5 415	4 980	4 960	5 095	4 810	4 845	4 455	4 980	240
4—5	6 100	4 965	5 495	5 550	6 010	5 485	5 360	5 555	5 735	5 835	6 165	5 420	191
5—6	5 925	5 895	5 285	6 170	6 115	6 550	5 740	6 015	5 450	6 605	7 105	5 860	172
6—7	6 150	6 325	5 990	6 755	5 475	6 350	6 280	6 890	5 945	6 620	7 320	7 535	159
7—8	6 740	6 270	7 005	6 585	7 130	7 280	8 050	7 115	6 785	6 085	7 315	8 370	109
8—9	7 565	7 360	7 670	7 215	7 150	7 190	6 500	7 230	7 205	6 380	6 720	7 250	89
9—10	7 285	8 140	7 400	7 505	7 390	7 345	7 545	7 200	6 720	7 065	7 870	7 595	95
10—11	8 425	8 250	7 865	7 475	7 330	9 925	8 055	7 925	7 540	7 835	8 315	6 935	62
11—12	7 650	6 790	8 400	8 440	8 410	7 975	7 315	7 800	7 400	8 300	8 265	8 225	49
0—12	5 875	5 320	5 635	5 930	5 795	5 950	5 690	5 470	5 345	5 440	5 685	5 710	
Antal Vejninger . .	71	118	151	140	136	144	187	184	190	140	135	114	1 710

Tab. 10.

Syge Pigers Vägt. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.

Alder i Måneder.	Januar.	Februar.	Marts.	April.	Maj.	Juni.	Juli.	August.	September.	Oktober.	November.	December.	Antal Vejninger.
0—1	3 375	3 425	3 475	3 570	3 770	3 325	3 410	3 815	3 695	3 405	2 865	3 860	72
1—2	3 700	3 670	3 720	4 035	3 815	3 745	3 165	3 585	3 715	4 005	5 005	3 690	164
2—3	4 575	4 145	4 240	4 185	4 525	4 540	3 925	3 900	4 070	4 270	4 645	4 600	203
3—4	4 700	5 040	5 155	5 410	4 540	4 800	5 040	4 560	6 190	4 640	4 990	5 230	173
4—5	4 735	4 795	5 065	5 230	5 785	4 620	4 890	5 965	5 770	6 465	5 930	5 110	109
5—6	6 280	5 660	5 800	5 190	5 955	6 100	5 255	5 535	6 390	5 730	5 900	6 615	95
6—7	5 955	5 815	6 915	6 130	6 505	6 280	6 290	6 175	5 100	5 590	5 885	5 700	97
7—8	6 325	5 990	6 710	6 590	7 000	7 165	7 035	7 010	5 860	6 125	6 530	6 565	73
8—9	6 735	6 665	5 975	7 280	7 050	5 775	5 250	7 570	6 020	6 785	6 875	8 375	77
9—10	7 550	7 095	6 370	6 360	7 150	6 935	7 255	7 555	7 145	7 250	6 825	7 575	91
10—11	7 540	7 825	7 035	7 285	7 385	7 275	7 500	6 925	7 440	7 150	7 850	7 280	69
11—12	8 365	8 385	8 470	7 410	7 125	6 900	7 550	7 650	8 225	8 300	7 865	8 405	71
0—12	5 395	5 835	5 370	5 465	5 580	5 110	5 120	5 450	5 385	5 260	5 385	5 845	
Antal Vejninger . . .	81	89	93	110	113	128	124	173	120	110	78	75	1 294

Literaturfortegnelse.

1) ADSERSEN: Bidrag til Läreu om Periodicitet. Hospitals-Tidende, 1890.

2) » Om Kvindemälk, 1891.

3) » Linea fusca hos Börn. Gynäkologiske og obstetriciske Meddelelser X, 1893.

4) » Bidrag til en Sygeligheds-Statistik for Barnealderen. Ugeskrift for Läger, 1893.

5) » Åbent Brev til Kommuneläge AXEL HERTEL. Ugeskrift for Läger, 1894.

6) » Modtageligheden for Vakcination med animal Vakcine. Ugeskrift for Läger, 1894.

7) » Hovedomfang hos Börn. Bibliotek for Läger 1894.

8) AMMON: De förste Moderpligter. Oversat, 1875.

9) Beretning (-Tiårs) om Polikliniken i Köbenhavn for Ubemidlede, 1895.

10) BRÜNNICHE: Et Bidrag til Bedömmelsen af Börns Legemsudvikling. Bibliotek for Läger, R. 5, XI, 1865.

11) CAMERER: Der Stoffwechsel des Kindes, 1894.

12) CLOD-HANSEN: Mand og Kvinde, 1895.

13) FABER, H.: Tidsskrift for Landökonomi. R. 5, VI, 1887.

14) FLEISCHMANN: Ueber Ernährung und Körperwägungen der Neugebornen und Säuglinge. Wiener Klinik III, 1877.

15) GERHARDT: Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 1881.

16) HAGENBACH: Ueber Krankheitsursachen im Kindesalter, 1872.

17) HERTEL, A.: Bidrag til Belysning af Sygdomsforholdene i Barndomsalderen. Ugeskrift for Läger, 1893. Särtryk.

18) INGERSLEV: Om nyfödte Börns Vägtforhold. Nord. med. Arkiv, VII, 1875.

19) JENSEN, M.: Bidrag til de fortidlige Födslers Statistik. Bibliotek for Läger. Juli 1855.

20) JENSEN, O.: Efterretninger om det kongelige Opfostringshus. 1882—86.

21) JÖRG: Handbuch der Kinderkrankheiten, 1826.

22) KEY, AXEL: Die Pubertätsentwickelung und das Verhältniss derselben zu den Krankheitserscheinungen der Schuljugend. X. Internationaler medicin. Congress 1890. Sonderabdruck.

23) LANGE, C.: Erindringsord til Foreläsninger over almindelig patologisk Anatomi 1878—83.

24) LAURITZEN, W.: Om Svangerskab og Födsel ved Tvillinger, 1891. Disputats.

25) MALLING-HANSEN: Om Periodicitet i Börns Vägt. Nordisk Tidsskrift for Fängselsväsen, VI, 1883.

26) » Einige Resultate der täglichen Wägungen etc. VIII. Congrès périodique international des sciences méd. Compte-rendu, T. III, 1886.

27) » Perioder i Börns Vägt og i Solens Varme. Fragment III, A. og B., 1886.

28) » »National-Tidende», 4de Januar 1890.

29) MIYAMOTO: Ueber das Verhalten des Körpergewichts bei Darmkrankheiten der Kinder. Archiv für Kinderheilkunde, VII, 1886.

30) MONTI: Uebersichtliche Zusammenstellung der Wachsthumsverhältnisse der Kinder. Archiv für Kinderheilkunde, X, 1889.

31) PETERSEN, J.: Indbydelsesskrift til de offentlige Afgangs- og Årspröver i Herlufsholms lärde Skole, 1883—84.

32) PFEIFFER: Die Kindersterblichkeit. Gerhardts Handb. d. Kinderkrankh., I, 2. 1881.

33) RAU: Håndbog i Börnesygdomme. Oversat 1838.

34) RUMMEL: Die Krankheiten der Perioden des kindlichen Lebensalters, 1866.

35) SCHEPELERN: Årsberetninger fra Kysthospitalet på Refsnäs. Filantropisk Ugeblad 1877—78. Ugeskrift for Läger 1879 og fölgende År.

36) » Sur le traitement des maladies chroniques de l'enfance etc. VIII. Congrès périod. internat. des sciences méd. Compte-rendu, T. III, 1886.

37) SCHMID-MONNARD: Ueber den Einfluss der Jahreszeit und der Schule auf das Wachsthum der Kinder. Verhandl. d. elften Versamml. d. Gesellschaft für Kinderheilkunde, 1895.

38) STAGE: Om Börns Vägtforhold i det förste Leveår, 1878.

39) SÖRENSEN: Börnedödeligheden i de forskellige Samfundslag i Danmark, 1883.

40) TRYDE: Köbenhavn. Stadslägens Årsberetninger for 1887 og 1891—94.

41) UFFELMANN: Handbuch der Hygiene des Kindes, 1881.

42) » Kurzgefasstes Handbuch der Kinderheilkunde, 1893.

43) VAHL: Om Vejning af Börn. Särtryk 1881.

44) » Mittheilungen über das Gewicht nicht erwachsener Mädchen, 1884.

45) WEISSE: Medicinisch-statistische Resultate. St. Petersburg 1847. Sonderabdruck.

46) WENDT: Die Kinderkrankheiten, 1826.

47) WEST: Fremstilling af Börnesygdommenes Natur og Behandling. Oversat 1855.



Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. N:r 14.

Bemerkungen und Beiträge zur pathologischen Anatomie der lymphatischen Makroglossie.

Von

Prof. M. V. ODENIUS
in Lund.

Über das Lymphangiom der Zunge und die bei demselben stattfindenden anatomischen Veränderungen hat die skandinavische medicinische Literatur zwei in den letzten Jahren veröffentlichte Mittheilungen aufzuweisen. Die erste findet sich in einer Abhandlung von Prof. J. ÅKERMAN über die Lymphangiome,[1] in welcher der Verfasser zwar kurz, jedoch unter Berücksichtigung aller wesentlichen Momente eine Beschreibung liefert von dem makro- und mikroskopischen Verhalten einer in der pathol. anatomischen Sammlung zu Lund aufbewahrten sehr erheblich vergrösserten Zunge. Das betr. Präparat stammt von einer bejahrten Frau und wurde bei der Section entnommen; ob die Affektion congenital gewesen sei konnte nicht festgestellt werden, nur zo viel liess sich ermitteln, dass sie sehr lange gedauert hatte. Die zweite Mittheilung rührt von Dr. F. DAHL in Kopenhagen her, welcher in einem Aufsatze: »Ein Fall von Makroglossie»[2] ausführlich und genau die mikroskopischen Befunde an einer wegen ihrer Grösse 1892 exstirpirten Zunge eines 4-jährigen Knaben schildert. Ganz besonders werden darin das Verhalten und die Veränderungen der Lymphthromben berücksichtigt, ein Gegenstand, worauf ich später zurückkommen werde.

[1]) J. ÅKERMAN: Bidrag till kännedomen om Lymfangiomerna. Nord. med. ark., årg. 1892, n:r 23.

[2]) F. DAHL: Ein Fall von Makroglossie mikroskopisch untersucht. Nord. med. ark., årg. 1893, n:r 2.

Durch die Güte des Herrn Dr. G. NAUMANN wurde mir im vorigen Jahre Gelegenheit gegeben einen in dem Lehnslazarethe zu Helsingborg 1895 behandelten Fall von lymphatischer Makroglossie zu untersuchen, ein Fall, der um so lehrreicher ist, als er eine mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht congenitale, überdiess ziemlich recente und im Fortschreiten begriffene Affektion betrifft.

H. N., 4-jähriges Mädchen; Eltern und Geschwister gesund; keine Lues. Vor 1½ Jahren wurde die Zungenspitze des früher vollkommen gesunden Kindes sowohl an der oberen wie an der unteren Fläche »blauroth», welche Farbe später in eine hellere gelbliche überging. Bald nachher traten an derselben zahlreiche bis hanfsamengrosse Knötchen hervor, und allmählich vergrösserte sich die vordere Zungenhälfte nicht unerheblich, doch nicht stärker als dass sie immer noch hinter den Zähnen Platz finden konnte. Bei näherer Untersuchung wurde in der Tiefe der rechten Zungenhälfte ein ziemlich derber etwa hasselnussgrosser wenig scharf begrenzter Knoten gefühlt. Aus der Krankengeschichte geht ferner hervor, dass zwar die Zunge gelegentlich bei »Erkältungen» stärker anschwellen konnte, um indess bald wieder zur gewöhnlichen Grösse zurückzukehren, und dass im übrigen ihre »Funktionen ungestört» geblieben sind, so dass dem Kinde keine nennenswerthen Beschwerden daraus erwuchsen. Niemals Verschwärung oder Fieber; keine geschwollenen Drüsen; das Aussehen blühend. — Der erwähnte tief gelegene Knoten im Verein mit der relativ kurzen Dauer des Leidens machten die Diagnose einigermassen unsicher. $^{28}/_{10}$ 1895 Amputatio linguæ nach Unterbindung beider artt. linguales. Rasche und gute Heilung, so dass schon binnen drei Wochen die »dem Aussehen nach ganz normale» Spitze des Zungenstumpfes etwas vor die Zähne hervorgestreckt werden konnte.

Das schief in der Richtung nach links und vorne amputirte, in Spiritus aufbewahrte Zungenstück misst in grösster Länge (rechte Seite) 4 Cm.; die grösste Breite beträgt 3,5 Cm., die Dicke etwa 2 Cm. Die rechte vordere Partie ist deutlich voluminöser und wölbt sich flach hügelig über ihre Umgebung empor. Im allgemeinen ist die Zungenoberfläche blass und grossentheils von natürlichem Aussehen, nur findet man so ziemlich überall den Epithelüberzug mehr oder weniger verdickt bis zu 3 Mm., ebenso die Papillen bedeutend vergrössert, und diess nicht nur an der oberen, sondern auch an der unteren übrigens glatten Fläche, wo sie gruppenweise in der Grösse von Stecknadelköpfen und sogar darüber kugelförmig hervorragen. In beiden Beziehungen ist der erwähnte hügelförmige Vorsprung am Zungenrücken besonders bevorzugt, indem nicht nur der Epithelüberzug hier eine Mächtigkeit von 4 Mm. erreicht, sondern auch wie es scheint sämmtliche Papillen eine sehr erhebliche Höhe und Grösse erlangen, wodurch die Zungenoberfläche hier eine besonders unebene grobkörnige Beschaffenheit bekommt. Nicht wenige unter diesen mächtigen Papillen sind hanfsamengross und zeigen eine deutlich keulenförmige Gestalt mit dem

schmäleren Theile nach unten und eine breite abgeplattete obere Fläche, welche nicht selten in kleinere halbdurchsichtige Felder abgetheilt ist. Diese thatsächlich zum grossen Theile hohlen blasigen Gebilde gehen unzweifelhaft aus zusammengesetzten papillæ filiformes hervor, doch scheinen ebenfalls die papillæ clavatæ an ihrer Bildung betheiligt zu sein.

An Durchschnitten findet man die Muskulatur in bedeutender Ausdehnung ersetzt durch ein grauweisses schwammiges Gewebe mit zahlreichen ganz feinen bis stecknadelkopf-grossen Hohlräumen von wechselnder Form. Am meisten ausgeprägt ist diese Veränderung in der rechten Zungenhälfte, und zwar finden sich die grössten und am dichtesten stehenden Hohlräume nach der unteren Zungenfläche zu in der Umgebung der NUHN'schen Drüse. Sowohl nach hinten wie nach dem linken Zungenrande hin nehmen die Hohlräume an Anzahl und Grösse allmählich ab, und die Muskulatur tritt dabei immer mehr in ihrem natürlichen Aussehen hervor. Aus diesen Befunden scheint man zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dass die Veränderung in dem vorderen und unteren Theile der rechten Zungenhälfte angefangen und sich von hier nach allen Richtungen weiter ausgebreitet habe, so dass vielleicht hier in der Nähe des Mundbodens und des frenulum der Angriffspunkt der muthmasslichen Krankheitsursache zu suchen sei.

In Betreff des mikroskopischen Verhaltens stimmt der vorliegende Fall in seinen Hauptzügen mit dem überein, was schon frühere Untersucher gefunden haben, in welcher Beziehung ich besonders auf WEGNER [1]) und DAHL (l. c.) hinweise. Für diese allgemeineren Verhältnisse sind daher einige kurze Andeutungen hinreichend, während gewisse specielle Punkte, auf die ich später zurückkommen werde, eine eingehendere Besprechung erfordern.

Die aus den dilatirten Lymphbahnen hervorgehenden Hohlräume haben, wie bereits angegeben, eine sehr wechselnde Grösse und Form, und sind in den tieferen Partien im allgemeinen grösser und unregelmässig rundlich, oft mit engeren kanalartigen Fortsetzungen oder Ausläufern versehen, und stehen nicht selten in offener Verbindung mit einander; in den oberflächlichen Partien dagegen sind sie überwiegend in die Länge gezogen oder von deutlich röhrenförmiger Gestalt. Besonders ausgesprochen tritt diese Röhrenform in der Schicht hervor, welche den übrigens ziemlich verwischten mucosa und submucosa entspricht und von der sich die in die Papillen hineintretenden Lymphgänge nach oben abzweigen. Wie bereits WEGNER gesehen hat, wird auch die Anordnung der Kanäle hier deutlicher plexiform und ihre Ausbreitung im ganzen mehr horizontal der Oberfläche parallel, wodurch sich diese Schicht bei einer Dicke von 1 Mm. schon dem blossen Auge bemerklich macht. Offenbar findet dieses Verhalten seine Erklärung in der normalen Anordnung der oberflächlichen Lymphgefässe des Zungenrückens. [2]) — Die meisten Hohlräume und Kanäle werden von einer scharf markirten einfachen Lage dünner Endothelzellen ausgekleidet,

---

[1]) G. WEGNER: Ueber Lymphangiome. Arch. f. klin. Chir., Bd XX, 1877.

[2]) Conf. TEICHMANN: Das Saugadersystem 1861, S. 72, Taf. X.

welche Zellenlage unmittelbar auf dem umgebenden Gewebe zu liegen scheint, und somit allein die Abgrenzung gegen dasselbe bildet. Eine Ausnahme machen nur die Papillen, in denen die Hohlräume häufig einer besonderen Begrenzung entbehren und ihr lymphatischer Inhalt mit der Umgebung, Bindegewebe wie Epidermis, in unmittelbare Berührung tritt. Oft findet man die Hohlräume leer, sonst sind sie mehr oder weniger ausgefüllt mit geronnenen Massen, Lymphthromben, deren Zusammenzetzung und Ursprung unten näher besprochen werden. Blut wird in ihnen nur an vereinzelten Stellen und in kleinen Mengen angetroffen, und dann nicht frei sondern immer dem lymphatischen Inhalte beigemischt. — Das die Hohlräume zunächst umgebende Gewebe besteht überwiegend aus sklerotischem Bindegewebe mit ziemlich sparsamen Zellen. Recht häufig trifft man indessen dasselbe mit Rundzellen infiltrirt, besonders in der mucosa und submucosa, wo die Infiltration sogar sehr dicht und ausgebreitet auftritt. Ziemlich häufig begegnet man ebenfalls der in vielen Fällen von Makroglossie angetroffenen dichten und circumscripten Lymphzellenanhäufung, welche sich in Form von mehr oder weniger vollständig geschlossenen Follikeln darstellt, und in unserem Falle oft als rundliche dem blossen Auge sichtbare Knötchen hervortritt. — Die Muskulatur ist in den stärker afficirten Partien offenbar zum grossen Theile zu Grunde gegangen, indem das Gewebe zwischen den Hohlräumen entweder völlig der Muskelfasern entbehrt oder nur einige wenige einschliesst; die zurückgebliebenen Muskelfasern zeigen indess deutliche Querstreifung und scheinen auch sonst kaum verändert zu sein. An quer geschnittenen Bündeln sieht man die Muskelfasern theils dicht an einander geschlossen, theils durch offene nicht selten ganz breite lymphatische Lücken geschieden und mehr oder weniger weit von einander entfernt. — Ferner ist noch zu bemerken, dass ebenfalls in der rechten NUHN'schen Drüse das interlobuläre Bindegewebe von geräumigen Lymphspalten durchzogen wird, wodurch die sonst normalen Drüsenläppchen weit aus einander gedrängt werden. — An den Blutgefässen und Nerven sind keine besondere Veränderungen wahrzunehmen.

Die *Lymphthromben*, welchen man so häufig in den Lymphangiomen begegnet, sind speciell bei der Makroglossie in Betreff ihrer Beschaffenheit und ihres Ursprungs von WEGNER und DAHL eingehender untersucht und besprochen worden. WEGNER [1]) beschreibt ausführlich die theils »dunkelen feinkörnigen Gerinnsel», theils »hellen farblosen, etwas in's Gelbliche ziehenden, homogenen glänzenden Körper oder Schollen», welche die Lymphräume ausfüllen, ebenso die in diesen Massen immer zahlreicher auftretenden »durchsichtigen Stellen» oder »wasserhellen Bläschen» (: Vacuolen); und will, nach dem optischen Verhalten zu urtheilen, »den ganzen Vorgang für einen der

[1]) WEGNER: l. c., S. 653.

sogenannten colloiden Degeneration nahestehenden halten, der zu secundärer Schmelzung und Verflüssigung der Thromben führt — —». In ziemlich übereinstimmender Weise schildert DAHL (l. c.) das Verhalten der die Hohlräume ausfüllenden Gebilde. Ausser Fibrinkoageln und homogenen stark glänzenden Massen, welche hyaline Reaktion geben und oft am freien Rande mit kleinen hyalinen Tropfen besetzt sind, beschreibt er ausführlich eigenthümliche in den papillären Hohlräumen angetroffene hyaline Fäden und Balken, welche allerlei bucklige und knorrige Gestalten zeigen und auch Netze bilden. Diese Fäden und Gebilde entstehen »durch ein Zusammenschmelzen von hyalinen Tropfen», und an mehreren Stellen hat der Verf. »Conglomerate von hyalinen Tropfen gesehen, wo sich in der Mitte eines jeden einzelnen Tropfens ein Kern von Grösse und Aussehen wie der Kern eines weissen Blutkörperchens fand». Er schliesst sich daher »der Meinung an, dass die hyaline Masse aus den weissen Blutkörperchen gebildet wird». — In meinem Falle habe ich reichliche Gelegenheit gehabt nicht nur die erwähnten hyalinen Fäden und tropfenförmigen Gebilde zu sehen, sondern auch freie oder zusammengesinterte hyaline Kugeln von etwa der Grösse eines Lymphkörperchens zu beobachten, welche mit gefärbten runden Kernen versehenen Gebilde vollkommen deutliche Übergänge zu den lymphoiden Zellen darboten. Ich kann somit DAHLS Angaben in diesem Punkte vollkommen bestätigen; nur möchte ich hinzufügen, dass ich dergleichen Gebilde nicht allein in den papillären sondern auch in den tiefer gelegenen Hohlräumen angetroffen habe, so dass die fragliche Degeneration nicht füglich besonderen Einflüssen von Seiten der Epidermis zugeschrieben werden kann. Ob indessen das in Tropfenform auftretende hyaline Material lediglich aus einer solchen Zellendegeneration hervorgeht, muss vorläufig wohl dahingestellt bleiben. Bilder, welche für eine hyaline Degeneration der Endothelzellen sprechen könnten, habe ich ebensowenig wie DAHL jemals gesehen, und die feinen hyalinen Tropfen, welche man nicht selten der Endothelschicht dicht anliegen sieht, scheinen mir in solcher Hinsicht keineswegs beweisend. — Die genannten Beobachtungen haben in so fern ein gewisses allgemeineres Interesse als sie darthun, dass auch bei diesen eigenartigen, jedenfalls von den entzündlichen u. s. f. verschiedenen Zuständen eine hyaline Degeneration der Lymphkörperchen erfolgen

kann. Zusammengestellt mit dem analogen Verhalten der Lymphzellen gegenüber der amyloiden Degeneration[1]) liefern sie ferner den Beweis, dass hyaline Umwandlungen verschiedener Art bei diesen Zellenformen weit häufiger vorkommen als im allgemeinen angenommen wird.

Die nähere Untersuchung der in den papillären Hohlräumen eingelagerten geronnenen hyalinen Massen zeigt indessen, dass an der Bildung dieser Massen nicht selten noch andere und zwar ebenfalls celluläre Bestandtheile, hyalin umgewandelte Epidermiszellen, Theil nehmen. Um dies zu begründen, wird es nöthig sein einen Blick auf die Entstehung und das Verhalten der lymphatischen Blasenbildungen in den Zungenpapillen — und wohl überhaupt in der Epidermis — zu werfen.

Durch Erweiterung der normalen Lymphbahnen, welche Erweiterung ohne Zweifel in nicht geringem Grade durch die Auflockerung und Zerfaserung des papillären Bindegewebes begünstigt wird, entstehen in den Papillen blasige Hohlräume, welche Anfangs noch von einer verschieden dicken Bindegewebschicht allseitig umschlossen sind. Bei zunehmender Ausdehnung des ein- oder mehrkämmerigen Raumes wird diese umgebende Bindegewebschicht immer dünner, bis nur eine einfache Endothelzellenlage als einzige Begrenzung zurückbleibt (— ich habe solche papilläre Blasen gesehen, wo in recht grosser Ausdehnung das Endothel unmittelbar den Retezellen aufzuliegen schien —), und endlich selbst diese verschwindet, so dass die nackten Epidermiszellen direkt von dem Blaseninhalte bespült werden. An den meisten etwas grösseren Blasen wird der äussere Theil oder die Decke einzig aus dem oft recht dünnen stratum corneum gebildet, während der äussere Theil des Seitenumfanges aus dem nackten stratum mucosum mit oder ohne Cylinderzellen besteht, und nur der tiefste Theil oder der Hals der Blase von dem trichterförmig ausgebreiteten Papillenreste umgeben wird.

In den so eben erörteten grösseren papillären Hohlräumen oder Blasen, deren Wandung in grösserer oder geringerer Ausdehnung aus nacktem Retegewebe gebildet wird, sieht man nicht selten ziemlich umfängliche Partien von Retegewebe entweder zapfenförmig in die Lichtung hineinragen, oder — wenigstens scheinbar — vollständig frei in dem geronnenen Blasen-

[1]) ODENIUS: Über das Verhalten der Lymphzellen bei der Amyloid-degeneration. Nord. med. ark., årg. 1894, n:r 7.

inhalte liegen. Die genannten Retepartien sind bisweilen in der Mitte mit einer charakteristischen Epidermisperle ausgestattet, und werden im übrigen gewöhnlich von einer ziemlich homogenen grobbalkigen knorrigen mehr oder weniger zusammengesinterten Masse umschlossen. Diese hyalin degenerirten Massen weichen schon durch ihr ganzes Aussehen nicht unerheblich von den weit mehr feinfaserigen und körnigen lymphatischen Gerinnseln ab. Übrigens werden sie bei Behandlung mit Pikrokarmin braunröthlich, mit Eosin schwach röthlich gefärbt, während die lymphatischen Gerinnsel bei derselben Behandlung eine grünlich hellgelbe, resp. stärker röthliche Farbe annehmen.

An den meisten Stellen sieht man das noch als solches erkennbare Retegewebe ziemlich quer und unvermittelt in das angrenzende hyaline Material übergehen, dessen Balken und Fasern im allgemeinen dieselbe Richtung innehalten, wie die zunächst liegenden Retezellenreihen. Hie und da trifft man jedoch einzelne noch erkennbare Retezellen oder Kerne in den fraglichen Massen eingebettet, und einige Male habe ich in denselben isolirte Retezellen mit noch erhaltenem Kern und klarem durchsichtigen in der Peripherie etwas verschwommenen Protoplasma wahrgenommen. Ebenfalls habe ich ein paar Male in der hyalinen Masse eingeschlossene Epidermisperlen angetroffen, deren Zellen eine deutliche hyaline Umwandlung zeigten. Indess gelingt es, wenn auch nur selten und an besonders günstigen Stellen, einen direkten Zusammenhang und Übergang der hyalinen Balken in das mehr oder weniger durchsichtige Protoplasma der zunächst liegenden Retezellen zu beobachten. Zugleich nimmt man hier gewöhnlich eine mehr oder weniger ausgeprägte Bildung von circumnuclearen Vacuolen wahr, wodurch einerseits die anfänglich grob netzförmige Anordnung der hyalin degenerirten Massen, anderseits der Befund von Kernen und Kernresten in den Maschen derselben erklärlich werden. — Auf Grund dieser Beobachtungen glaube ich annehmen zu dürfen, dass die in den papillären Blasenräumen auftretenden Thromben nicht nur aus koagulirter Lymphe und, wie bereits oben gezeigt, aus hyalin degenerirten Lymphkörperchen bestehen, sondern auch einen aus hyalin degenerirtem eigenthümlich geronnenen Retegewebe hervorgehenden Bestandtheil in wechselnder Menge enthalten können.

Wie verhält sich nun *das übrige* einer reichlichen Durchtränkung mit Lymphe ausgesetzte *Epidermisgewebe?* An der

Hornschicht ist kaum etwas Anderes zu vermerken, als eine Verdünnung und vielleicht Verdichtung, sowie nicht selten eine Abschilferung an der inneren gegen die Blasenräume gerichteten Fläche. Die mucöse Schicht hingegen erscheint mächtig verdickt, wobei es sich jetzt nicht sicher entscheiden lässt in wie fern Zellenwucherung dabei eine Rolle spielt. Den hauptsächlichsten Antheil an dieser Verdickung nimmt unzweifelhaft die allgemeine, wohl durch die tief gestörte Saftströmung bewirkte, Schwellung der Elemente, welche indessen Anfangs ihren allgemeinen Habitus recht gut bewahren, besonders und am längsten die Cylinderzellen. Doch habe ich an einigen Stellen eine dichte äusserst feine Bestäubung wahrgenommen, welche wie ein dichter Nebel über das ganze Gewebe ausgebreitet lag.

Als direkte und wohl rein mechanische Wirkung des stärker gegen diese Theile andrängenden Lymphstromes hat DAHL [1]) eine Füllung, »Injection der intercellulären Kanäle des rete Malpighii», am deutlichsten in der Nähe der grossen papillären Hohlräume, beschrieben und abgebildet. So plausibel eine solche Erscheinung auch sein mag, und so gewiss eine stärkere Anhäufung von Gewebsflüssigkeit in diesen Theilen schon a priori vorausgesetzt werden muss, so ist es mir doch im vorliegenden Falle nie gelungen Bilder zu Gesicht zu bekommen, welche mit einiger Sicherheit in der fraglichen Weise gedeutet werden könnten. Das einzige, was einigermassen an das genannte Verhältniss erinnert, obschon von ganz anderer Ursache und Bedeutung, sind die mehr oder weniger klaffenden Risse, welche an den Blasenwänden in dem nackt liegenden schon degenerirten rete Malpighii entstehen und ziemlich weit in dasselbe hineindringen können.

Wenn somit in diesem Falle keine intercelluläre Veränderungen in der Epidermis nachzuweisen sind, so tritt dagegen ein anderer intracellulärer Vorgang um so auffälliger hervor, eine Vacuolenbildung in den Retezellen mit Degeneration und ausgedehntem Untergang derselben. Soweit ich ersehen kann ist der Hergang dabei folgender. Während die cylinderförmigen Zellen im allgemeinen unverändert bleiben, sieht man, und zwar besonders deutlich an den am tiefsten gelegenen Retezellen, als erstes Zeichen der Veränderung einen hellen klaren

---

[1]) l. c., S. 6.

Hof den Kern ringförmig und, wie es scheint, unmittelbar umgeben. Dieser helle Hof, der sich wie eine Lücke im Protoplasma ausnimmt, wird in den höher gelegenen Zellenreihen allmählich immer breiter, bis endlich das Protoplasma so weit zur Seite gedrängt ist, dass es nur wie ein schmaler Rahmen einen relativ grossen rundlichen, oft mehr oder weniger in die Länge gezogenen Hohlraum umschliesst. Dabei wird das Protoplasma selbst immer homogener, und schmilzt vollständig mit den nächst herum liegenden in derselben Weise veränderten Protoplasma-rahmen zu einem Gitterwerk oder, wohl richtiger ausgedrückt, zu einem Wabenwerk zusammen, dessen Fäden resp. Scheidewände immer dünner und mehr ausgezogen werden; häufig findet man auch die Scheidewände durchbrochen, so dass durch Confluenz grössere Höhlen entstehen. Die in der genannten Weise immer grösser werdenden Lücken oder Maschen des protoplasmatischen offenbar ziemlich steifen Gitterwerks zeigen sich stets mit einem farblosen klaren und, nach der Lagerung der Zellenkerne zu urtheilen, wenigstens zähflüssigen Inhalte ausgefüllt. Die Zellenkerne, welche in dieser homogenen Masse gewöhnlich central, bisweilen auch excentrisch oder sogar an das Gitterwerk angelehnt, eingeschlossen liegen, behalten dessen ungeachtet unerwartet lange ihre Form und Färbbarkeit. Anfangs normal gross rund und deutlich bläschenförmig, schrumpfen sie später allmählich ein und werden kleiner, länglich bis kurz stabförmig und (durch Karmin) intensiv gefärbt. Erst wenn das Gitterwerk selbst sehr grobmaschig geworden ist und zu zerfallen anfängt, findet man sie schwach gefärbt, undeutlich und endlich vollends verschwunden. — Diese Vacuolenbildung mit daraus hervorgehender Degeneration findet man in der Regel am weitesten gediehen in den äussersten Theilen des rete Malpighii und ganz besonders in den interpapillären Retezapfen, wo ausserdem der Zug der sich verlängernden Papillen eine bedeutende Dehnung der Gittermaschen in vertikaler Richtung zu Folge hat. Als Endresultat der Degeneration findet man theils ein Hineinziehen und Übergehen des mehr oder weniger veränderten Retegewebes in den Inhalt der papillären Blasen, theils, und zwar hauptsächlich gerade zwischen den Papillen, eine immer weiter gehende Auffaserung des Gitterwerks mit Zerfall desselben, und endlich Ablösung der bedeckenden Hornschicht, wobei recht tief eindringende Sustanzverluste entstehen können.

Eine solche mit »perinucleären» (UNNA) Vacuolenbildung einhergehende Degeneration der Retezellen scheint unter verschiedenen Umständen auftreten zu können. So habe ich an einem Hautpapillom eine ganz entsprechende die Kerne ringförmig umgebende Vacuolenbildung in den Retezellen mit hyaliner Degeneration des Protoplasmas beobachtet, jedoch lange nicht so ausgebreitet und so regelmässig wie im vorliegenden Falle. Ebenso gehören wahrscheinlich hieher die von KLEBS [1]) erwähnten »kolloiden Metamorphosen der Kerne in stark wuchernden Epithelien, wie man sie namentlich in spitzen Condylomen findet», wenngleich die geschilderten Details nicht vollständig mit den hier gefundenen übereinstimmen. Auch bei verschiedenen Formen von entzündlicher Blasenbildung in der Epidermis werden ähnliche Vorgänge beobachtet. So scheinen in Vaccinepusteln [2]) Bildungen vorzukommen, welche an die hier beschriebenen erinnern; ebenfalls bei der Bläschenbildung beim chronischen Eczem. [3]) Indessen ist zu bemerken, dass im vorliegenden Falle die Vacuolenbildung streng an das circumnucleäre Gebiet gebunden ist und nirgends im übrigen Protoplasma beobachtet wird, so dass eine Vergrösserung des centralen Raumes durch Confluenz von mehreren Vacuolen, überhaupt eine »reticulirende Colliquation» (UNNA) der Zellen hier keineswegs Statt hat. Von den genannten Formen unterscheidet sich die Degeneration in diesem Falle ferner durch die weite und gleichförmige Ausbreitung der vacuolären Veränderung, so wie durch die grosse Regelmässigkeit, welche sowohl die Vacuolen als auch das Maschenwerk zeigen, und welche besonders an Pikrokarmin-präparaten dem Bilde ein sehr charakteristisches Aussehen verleihen. Diese auffallende Regelmässigkeit, zusammengehalten mit dem nur spärlichen Vorkommen von vereinzelten Leucocyten in dem veränderten Retegewebe, scheinen unzweideutig darauf hinzuweisen, dass die Degeneration als solche nicht durch Entzündung hervorgerufen ist, und dass folglich die durchtränkende Flüssigkeit

---

[1]) KLEBS: Allgem. Pathologie, Bd II, S. 107, Taf. 30.

[2]) Wenigstens zu urtheilen nach der Abbildung Fig. 5 bei TOUTON: Vergleichende Untersuchungen über die Entwickelung der Blasen in der Epidermis. Tübingen 1882.

[3]) UNNA: Die Histopathologie der Hautkrankheiten, 1894. (ORTH: Path. Anat. 8de Lief.), S. 210, wo die fragliche mit »einer Erweiterung des perinucleären Raumes» beginnende Veränderung mit LELOIRS »altération cavitaire» zusammengestellt wird.

nicht als entzündliches Transsudat aufgefasst werden kann. Alles spricht hingegen dafür, dass das bestimmende Moment für die Veränderung in der Lymphstauung zu suchen sei, wodurch die lymphatische Flüssigkeit in die Richtung des geringeren Widerstandes gedrängt wird, und es einerseits über den oberflächlicher gelegenen und zudem zarter gebauten Papillen — wohl theilweise auf rein mechanischem Wege — zur Bildung von grösseren Hohlräumen, wirklichen Blasen bringt, andererseits in den viel dickeren Retezapfen mit ihren fester haftenden Zellen das Gewebe gleichmässiger infiltrirt, und dabei hauptsächlich von dem Zellenprotoplasma aufgenommen wird. Die dadurch zu Stande kommende vacuoläre Veränderung zeigt somit gewisse Analogien mit der hydropischen Zellendegeneration, wenngleich die Beschaffenheit der durchtränkenden Flüssigkeit, und vielleicht auch der ruhige Verlauf des Prozesses, der Veränderung einen eigenartigen Stempel aufdrücken.

Ein gewisses Interesse beanspruchen ferner die bereits von früheren Autoren beschriebenen und ebenfalls von Åkerman und Dahl, allerdings mehr im Vorbeigehen erwähnten lymphatischen *follikel-ähnlichen Gebilde*, welche in diesem Falle häufig und in sehr ausgeprägter Form angetroffen werden. Bei voller Ausbildung zeigen sie sich als sehr dichte rundliche Anhäufungen von Lymphzellen, welche Anhäufungen in den tieferen Theilen der Zunge einen Durchmesser von 1 Mm. und darüber erreichen können. Da das ihnen hier einzig zu Gebote stehende Gewebe, die relativ dünnen Scheidewände zwischen den lymphatischen Hohlräumen, gewöhnlich nicht genügenden Raum bietet, so drängen sie sich mit einem Theile ihres Umfanges über dasselbe hervor, und ragen nach einer oder beiden Seiten mit kugelförmig gewölbter Oberfläche mehr oder weniger weit in das Lumen der angrenzenden Hohlräume hinein. Dieser freie Theil der Follikeloberfläche zeigt sich in den meisten Fällen scharf begrenzt glatt und von einer einfachen Endothelschicht bekleidet, welche sich unmittelbar in die Endothelauskleidung des betr. lymphatischen Hohlraumes fortsetzt. Man kann folglich diese Schicht als einen Theil der ursprünglichen Endothelauskleidung des Hohlraumes betrachten, der durch das Anwachsen des Follikels immer weiter abgehoben und vorgedrängt wurde. Während die Follikel nach der freien Seite hin in der genannten Weise scharf gegen die Hohlräume resp. Lymphbahnen abgeschlossen sind, sieht man dagegen ihren

tiefen in dem Gewebe wurzelnden Theil diffus und mehr allmählich in eine gewöhnlich wenig dichte und umfangreiche Zelleninfiltration sich verlieren. Als Anfangsstadien der Follikelbildung hat man wahrscheinlich die kleineren diffus begrenzten, im übrigen oft ganz isolirten Anhäufungen von Lymphzellen zu betrachten, welche häufig genug und besonders in der tieferen Schleimhautschicht angetroffen werden. In den oberflächlichen Partien der Schleimhaut und vor allem in den Papillen ist, wie bereits angegeben, die Rundzelleninfiltration überwiegend dicht und diffus verbreitet, nur selten mit Andeutung von stärker hervortretender localer Anhäufung.

Über die Bedeutung der geschilderten follikelähnlichen oder mehr diffusen Lymphzellen-anhäufungen ist es mir nicht geglückt zu einer bestimmten Ansicht zu gelangen. In Betreff der Follikel findet sich bei WEGNER [1]) die Angabe, dass man »es direct verfolgen kann, wie sich diese zunächst soliden Zellenhaufen canalisiren, wie sich in ihnen durch das Richten und das Auseinanderweichen der in ihrer Form allmälig sich umwandelnden indifferenten Rundzellen Hohlräume bilden, die mit den schon existirenden bald in Verbindung treten — —». Im vorliegenden Falle findet man in den kleineren Zellenhaufen überhaupt keine Zeichen von Hohlraumbildung, in den grösseren geschlossenen Follikeln dagegen ausser Blutcapillaren allerdings auch einzelne ziemlich enge rundliche mit einfacher Endothelauskleidung versehene lymphatische Kanäle (— ein Verhalten, das ebenfalls in den Lymphdrüsen unter analogen Verhältnissen, z. B. bei Cystenbildung in denselben beobachtet wird —), sonst aber Nichts, was auf eine Ausdehnung oder Vermehrung der Lymphbahnen auf Kosten des Follikels hindeutet. Im Gegentheil müssen diese der oben gegebenen Schilderung zufolge offenbar späteren sekundären Bildungen eine gewisse Einengung der resp. Lymphräume bewirken. Leider erlaubt das Präparat nicht zu entscheiden, in wie weit sich hier Proliferationsvorgänge geltend machen; jedenfalls scheinen nicht minder Form und Anordnung dieser Gebilde, als ihr Vorkommen hauptsächlich in den tieferen und älteren Geschwulstgebieten, wo sonst wenig von Lymphzellen-infiltration zu sehen ist, dafür zu sprechen, dass es sich hier um mehr selbstständige wirklich lymphatische Bildungen, nicht um blosse Zelleninfiltrationen handelt.

[1]) l. c., S. 659.

Was hingegen die *diffuse*, namentlich in den oberflächlichen Partien der mucosa theilweise sehr dichte *Rundzelleninfiltration* betrifft, so könnte man Anfangs, gerade beim Vorhandensein von so ausgedehnter Blasenbildung, vielleicht geneigt sein in dieser Zelleninfiltration den Effekt einer, durch allgemeiner wirkende Ursachen bedingten, exsudativen Entzündung zu sehen. In dieser Hinsicht ist indessen zu bemerken dass, wie frühere Untersuchungen über die analogen entzündlichen cutanen Blasenbildungen hinreichend dargethan haben, die entzündliche Transsudation und Zelleninfiltration sich keineswegs auf das befallene gefässhaltige Gewebe beschränken, sondern ebenfalls in die bedeckende Epithelschicht eindringen, so dass immer eine deutliche Rundzellen-infiltration zwischen und resp. in den Retezellen vorhanden ist. Wie bereits angegeben, findet man dagegen im vorliegenden Falle in der Reteschicht weder Infiltration von Rundzellen — nur vereinzelte in deren tiefsten Lagen —, noch die Retezellen selbst irgendwie aus einander gedrängt. Da es somit an genügenden Anhaltspunkten für die Annahme einer solchen Entzündung fehlt, so wird man für die Erklärung der Rundzellen-infiltration in der Schleimhautschicht auf rein local, wenn auch in gewisser Flächenausdehnung wirkende Momente hingewiesen. Als solches Moment bietet sich in erster Linie der stärkere Andrang der angestauten Lymphe gegen die nachgiebige nur wenig Widerstand leistende Schleimhaut mit Dehnung und Auflockerung ihres Gewebes dar. Eine nicht zu unterschätzende Bedeutung müssen auch die Zerrung und die mechanischen wie thermischen Insulte haben, für welche in dergleichen Fällen der stärker hervorgewölbte Zungenrücken und namentlich die papillären Blasen so vielfach ausgesetzt sind. Neben diesen überwiegend mechanischen Momenten ist ferner zu erinnern an die Möglichkeit einer direkt chemisch irritirenden Wirkung der wahrscheinlich mehr oder weniger veränderten angestauten Lymphe und der in ihr gebildeten Gerinnungsprodukte. Der im allgemeinen zwar wenig intensiv aber stetig wirkende beschädigende Einfluss dieser sämmtlichen Momente scheint genügenden Erklärungsgrund darzubieten nicht minder für die Rundzellen-infiltration als für die mässige reactive Zellenwucherung, welche hier in der Schleimhaut beobachtet werden. Vielleicht kommt noch hinzu eine direkte Einwanderung von Lymphzellen aus der Lymphe in das auf-

gelockerte Bindegewebe, Zellen welche, wie die Lymphthromben zeigen, in recht bedeutender Menge vorhanden sind.

Es erübrigt noch mit einigen Worten die Vorgänge zu besprechen, durch welche die Vermehrung und Vergrösserung der Lymphbahnen in diesem Falle zu Stande kommen. Bekanntlich sucht man wenigstens theoretisch streng zu unterscheiden zwischen der einfachen Erweiterung der Lymphgefässe, Lymphangiectasie, und dem echten mit wirklicher Neubildung von Lymphgefässen verbundenen Lymphangiom. In seinen Hauptzügen wird dieser Unterschied im allgemeinen so dargestellt, dass während bei der einfachen Dilatation die Endothelauskleidung entweder Lücken zeigt oder höchstens so weit gewuchert ist, dass ein continuirlicher Wandbelag erhalten bleibt, tritt hingegen beim Lymphangiom eine aktive — übrigens von ÅKERMAN (l. c.) durch Nachweis von Kerntheilungsfiguren konstatirte — und viel ausgiebigere Proliferation der Endothelzellen hervor, wodurch Material zu selbstständiger Entwickelung von wirklich neuen Lymphbahnen geliefert wird. Aus den gewucherten Lymphendothelzellen bilden sich nämlich zunächst, und zwar besonders an den Enden von Verzweigungen oder Ausläufern der Lymphgefässe, solide Zellenmassen, in denen sodann Kanäle und Hohlräume entstehen, welche mit den präexistirenden Lymphgefässen in Verbindung treten und allmählich den Charakter echter Lymphgefässe annehmen. Nach einer Angabe von WEGNER[1]) schien es sogar »als wenn von den Lymphcapillaren solide, sich weiterhin aushöhlende Seitensprossen ausgingen und sich in die dichten Zelleninfiltrationen hinein verloren»; mithin ein wirkliches Analogon zu der Blutgefässneubildung. Eine Vermehrung und Ausbreitung des Lymphgefäss-systems beim Lymphangiom wird gleichfalls, wenn auch in etwas abweichender Weise, herbeigeführt durch das Übergreifen des Lymphgefäss-systems auf die eigentliche Bindegewebssubstanz (KLEBS) oder das Verschieben der Grenze der wahren Lymphgefässe gegenüber den Lymphspalten (UNNA), wobei natürlich Zellenthätigkeit ebenfalls in Anspruch genommen wird. Ein solcher »heteroplastischer» Bildungsvorgang wird allgemein angenommen, und auch ÅKERMAN glaubt denselben konstatiren zu können.

In vorliegendem Falle stellen sich die cavernösen Hohlräume in den tieferen Partien der Zunge als fertige bereits

[1]) l. c., S. 658.

abgeschlossene Bildungen dar, welche nirgends Gelegenheit zum näheren Studium ihrer Entwickelung bieten. Es kann ja nicht zweifelhaft sein, dass ein innerer expansiver Druck die Hauptrolle spielt, wie die namhafte Erweiterung der Bindegewebsspalten und Lymphgänge in den Muskelbündeln und den Nuhnschen Drüsen hinlänglich bezeugen. In wie fern sich aber eine selbstständige Wucherung der Endothelzellen in irgendwelcher Weise dabei betheiligt hat, lässt sich jetzt nicht entscheiden. Und in diesem Zusammenhange möchte ich hervorheben, dass es mir überhaupt in diesem Falle nicht gelungen ist Bilder zu Gesicht zu bekommen, welche für eine Neubildung von Lymphgefässen in der angegebenen Weise d. h. durch aktive Endothelwucherung sprechen. Dennoch tritt in der submucosa und mucosa des Zungenrückens, wo die Angiombildung offenbar in stetem Fortschreiten begriffen ist, eine Neubildung von charakteristischen Lymphbahnen so deutlich zu Tage, dass die Zungengeschwulst ohne Anstand als echtes Lymphangiom bezeichnet werden darf. Einmal nämlich zeigen die im allgemeinen nur mässig dilatirten und varicösen Lymphgefässe in den unteren Theilen der Papillen eine auffallende Verlängerung und unregelmässige bisweilen beinahe spiralige Schlängelung, ehe sie in die blasigen papillären Hohlräume übergehen. Zweitens aber und als wichtigsten Befund sieht man in der mit Rundzellen dicht infiltrirten Zone enge in die erweiterten Lymphgefässe sich öffnende Spalten und Kanäle. Unter diesen zeigen einige scharfe deutlich endotheliale Begrenzung, andere werden nur von reihenweise und oft in ziemlichen Abständen von einander stehenden bauchigen Spindelzellen begrenzt ohne wirkliche continuirliche Auskleidung, andere endlich nehmen sich nur als einfache Lücken oder Dehiscensen im Gewebe aus. Wie ich meine kann man schwerlich umhin, in diesen verschiedenen Bildern den Ausdruck zu erblicken für immer höhere Stufen in einer Entwickelung von neuen Lymphgefässen in und aus dem Bindegewebe selbst, und zwar in guter Übereinstimmung mit dem oben erwähnten »heteroplastischen» Bildungsmodus. Gerade die Gegenwart von jungen Spindelzellen, welche, so viel ich ersehen kann, unmittelbar und ohne Dazwischenkunft von anderen Elementen die Kanallichtung umsäumen, scheint mir sehr dafür zu sprechen, dass das Bindegewebe selbst die Endothelauskleidung der neu entstehenden Lymphkanäle hervorbringt durch Umwandlung und Anpassung der in

loco producirten Fibroblasten, und dass es folglich nicht die von den präexistirenden Lymphgefässen hervorsprossende Zellenwucherung ist, welche das Material dazu liefert. — Für die genannte Spaltenbildung, welche hier die erste wahrnehmbare Stufe bei dem Entstehen neuer Lymphgefässe darzustellen scheint, ist die Ursache wahrscheinlich in der erwähnten reichlichen Rundzellen-infiltration zu suchen, die zu einer Auflockerung des Gewebes führt und eben dadurch ein Auseinanderweichen der Gewebstheile in Folge des Lymphdruckes ermöglicht. Nach allem zu urtheilen liegt somit hier gewissermassen ein circulus vitiosus vor, indem es ja, wie oben auseinandergesetzt wurde, die Lymphgefässdilatation selbst ist, welche wenigstens zum Theil die Rundzellen-infiltration hervorruft um dann, wenn die Infiltration einmal zu Stande gekommen ist, durch ihre Vermittelung wieder weiter vorzudringen und neue Gewebsgebiete zu erobern.

In Betreff der wichtigsten im Vorhergehenden erörterten Fragen lassen sich die Resultate folgendermassen zusammenfassen:

Die in den verschiedenen Hohlräumen auftretenden Lymphthromben bestehen nicht einfach aus geronnener und weiter veränderter Lymphe, sondern es nehmen, wie bereits DAHL (l. c.) nachgewiesen hat, hyalin degenerirte Lymphzellen an ihrer Zusammensetzung einen mehr oder weniger bedeutenden Antheil. In den papillären Blasen kommt als fernerer Bestandtheil noch eine wechselnde Menge von hyalin degenerirten und zu homogenen Massen zusammengeflossenen Retezellen hinzu.

In Betreff der beträchtlichen Dickenzunahme der Epidermis lässt sich in diesem Falle nicht entscheiden, ob und wie fern Zellenproliferation daran Antheil hat; als Hauptfaktor muss jedenfalls die allgemein verbreitete sehr charakteristische vacuoläre Degeneration der Retezellen betrachtet werden. Dieser Degenerationsprozess äussert sich durch das Auftreten eines durchsichtigen Hofes: einer Vacuole im Centrum der Zelle um den Kern herum, welcher Hof sich immer weiter ausdehnt und das Zellenprotoplasma gleichmässig nach aussen drängt. Das Protoplasma selbst wird dabei immer homogener und schmilzt mit dem Protoplasma der umgebenden Zellen zu einem sehr regelmässigen steifen Fach-oder Gitterwerke zusammen, in dessen Maschen die Kerne noch lange sichtbar bleiben, bis endlich auch sie und mit ihnen die letzten Spuren der cellulären Ab-

stammung verschwinden. Auf Grund einerseits der grossen Regelmässigkeit dieses Degenerationsprozesses, andererseits der Abwesenheit von Leucocyten lässt sich schliessen, dass die Degeneration, wenigstens der Hauptsache nach, nicht auf entzündlicher Transsudation beruht, sondern eher der stetigen Durchtränkung mit lymphatischer Flüssigkeit zuzuschreiben ist.

Die dichte Rundzellen-infiltration der mucosa und submucosa des Zungenrückens — als Ausdruck für Emigration wie für reaktive Zellenwucherung — hat man wahrscheinlich aufzufassen als den Effekt der irritirenden Wirkung einestheils der Ausdehnung dieser nachgiebigen Gewebe durch die andringende Lymphe, anderentheils der Insulte, für welche der emporgedrängte Zungenrücken vielfach ausgesetzt gewesen sein muss. — In welcher Beziehung die grossen follikelähnlichen Anhäufungen von lymphoiden Zellen zum Lymphsysteme stehen, oder welche Bedeutung ihnen überhaupt zukommt, muss vorläufig dahingestellt bleiben. Eine räumliche Ausdehnung oder Erweiterung der Lympbahnen, worauf doch der ganze lymphangiomatöse Prozess hinzielt, können die Follikelbildungen jedenfalls kaum bezwecken, da sie gewöhnlich weit in die cavernösen Hohlräume vorspringen und dadurch im Gegentheil den Raum nicht unerheblich beengen.

Was schliesslich die Neubildung von Lymphgefässen betrifft, so ist es mir, bei dem vorliegenden Stadium des Falles, weder gelungen mit Sicherheit eine solche Neubildung zu beobachten, welche direkt auf Wucherung der Lymphendothelzellen zu beziehen wäre, noch überhaupt eine Wucherung dieser Elemente. Dagegen findet man, dass in dem durch die erwähnte Rundzellen-infiltration aufgelockerten und vorbereiteten Schleimhautgewebe Spalten oder Gänge entstehen, welche mit den präexistirenden Lymphbahnen in Verbindung treten. Diese Spalten werden zunächst durch reihenweise gestellte Spindelzellen ausgekleidet, welche Zellen sich später allem Anscheine nach in Endothelzellen umwandeln; mithin ein direktes Entstehen neuer Lymphbahnen in und aus dem Bindegewebe.

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

Nordisk medicinsk literatur från 1896.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:
H. VOGT: Dicephalus dibrachius. — P. HERTZ: Undersögelser over topografiske Forhold i Bughulen samt Betragtninger over Ätiologien af ulcus ventriculi og Terapien af samme. — CARL SUNDBERG: Mikroorganismerna från läkarens synpunkt. — A. RAHLFF: Nyere Arbejder over Tyfusbacillen og bacterium coli commune. — B. BANG: Kampen mod Tuberkulosen hos Kväget.

H. VOGT: **Dicephalus dibrachius.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1895, S. 946—948.

Fosteret var tilsendt Forf. fra en Jordmoder på Landet; det var meget macereret. De to Hoveder divergerede stärkt, Fosterets Längde 30 Cm., hvoraf 23 Cm. falder på Hoved med Krop. Rygsöjlerne stödte til os sacrum uden at forbinde sig med hinanden. Stärkt udviklet Helligben, der ikke lader sig skille i to Halvdele. Ansigtets Dele tydelige; Spiseröret iigeså på begge Sider, går på höjre Side gennem Resterne af diaphragma, der mangler på venstre Side. Ventrikelen velformet, går over i en tynd Tarmstump; Resten af Tarmkanalen borte. Leverens Parenkym synes bortmacereret; Antydninger til pancreas og Milt? To Legemer på Underlivets Bagväg på hver Side sandsynligvis Nyrer og Binyrer. Organerne i Brysthulen dobbelte.

Misfosteret hörer til FÖRSTERs: *terata catadidyma*, Specialform: *dicephalus dibrachius*, hvilket närmere begrundes.

Forf. har tidligere iagttaget Födselen af et *Dobbeltfoster*, kvindeligt. Den brede og intense Sammenvoxning strakte sig fra den fälles Navle til Vinkelen mellem Hals og Hoved. 3 Födder vare födte, hvorfor det 4de Ben nedförtes; Udträkningen foregik nu meget let.

N. Quisling.

P. HERTZ: **Undersögelser over topografiske Forhold i Bughulen samt Betragtninger over Ätiologien af ulcus ventriculi og Terapien af samme.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 121, 149. Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandlinger 1895—96. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 245.

Forf. giver en Fremstilling af Bugorganernes topografiske Forhold ved 181 Sektioner. Den aldeles overvejende Mängde Abnormiteter fandtes forårsagede ved Snörliv eller Livremme og derfor hyppigst hos Kvinder. Hos noget over Halvdelen af disse var der i Ventriklen Cikatricer eller ulcera, og disses Plads var hyppigst på det Sted, hvor curvatura minor krydsede sig med pancreas, og hos Kvinder, hos hvem der i övrigt fandtes Tegn på Snöring, hvad der taler for den af A. F. HALK opstillede Teori, at Snöretrykket skulde väre Årsag til Ulcerationen. — Ved Nedsynkning og Dilatation af Ventriklen anbefaler Forf., når Mälkediät ikke tåles, at anvende »tör Kost».

S. Borch.

CARL SUNDBERG: **Mikroorganismerna från läkarens synpunkt.** Senare afdelningen, 1:sta häftet, 8:v, s. 161—304. Upsala, W. Schultz.

Jfr *Nord. med. literatur från 1895.* Nord. med. arkiv 1895, n:r 31, s. 1.

Det nu utkomna häftet utgör fortsättning af arbetets allmänna del. Innehåller fortsättning och slut på kapitlet: allmän etiologi och patogenes samt början af kapitlet om infektionssjukdomarnas allmänna anatomi och fysiologi.

I det förra kapitlet behandlas: invasionsportarna för virus; fagocytosläran; blodserums och väfnadssafternas baktericida kraft, alexinteorien; de blodbildande organens infektionshämmande betydelse; den lokala organresistensen; eliminationen af bakterier med de fysiologiska exkreten; eliminationen och förstöringen af bakteriegifterna; disposition och immunitet, immunisations- eller »vakcinations»-metoderna (bl. a. serumterapien), immunitetens teori.

I det senare kapitlet afhandlas infektionsämnenas förökning och spridning inom den infekterade organismen samt deras allmänna värkningssätt (icke-toxiska och toxiska värkningar) och påbörjas behandlingen af infektionens allmänna patol. anatomi (inflammation, infektiösa granulationssvulster, nekros och ulceration).

Förf. lofvar att hafva all möda osparad för att få arbetet fullbordadt under detta år.

Vestberg.

A. RAHLFF: **Nyere Arbejder over Tyfusbacillen og bacterium coli commune.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 164.

Forf. gennemgår Kendemärkerne på bacterium coli commune og Tyfusbacillen og viser, hvor ringe Värdi de have til at adskille de to Mikrober; anbefaler til närmere Prövelse den af ELSNER til bakteriologisk Diagnostik af febris typhoidea angivne Metode (Spredning af fæces på Kartoffel-Gelatine). *S. Borch.*

B. BANG: **Kampen mod Tuberkulosen hos Kväget.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 31. Med Diskussion: det köbenhavnske med. Selskabs Forhandlinger 1895—96. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 69, 112, 142.

Forf. meddeler Resultaterne af de talrige Undersögelser af indenlandske Kvägbesätninger, anstillede med Tuberkulin i Overensstemmelse med hans Plan til Bekämpelse af Tuberkulosen hos Köerne: ved at sondre Besätningen i en sund og en reagerende Afdeling, ved udelukkende at anvende kogt Mälk til Opfödning af Kalve og ved at kontrollere den sunde Afdeling med Tuberkulinindspröjtning et Par Gange om Året. I det hele havde Tuberkulinet vist sig som et pålideligt Middel til at påvise den latente Tuberkulose. Han havde forholdsvis hyppigt fundet medfödt Tuberkulose hos Kalve, men kun når Moderen led af generaliseret Tuberkulose. — Den medfödte Disposition til Tuberkulose hos Kväget tillägger Forf. ingen väsentlig Betydning i Sammenligning med den ved Sväkkelse erhvervede Disposition; nogen absolut Immunitet mod Sygdommen gives ikke.

I Diskussionen i det med. Selskab meddelte Forf. yderligere, at enkelte af Tuberkulose stärkt angrebne Dyr ikke havde reageret for Tuberkulin; Aktinomykose havde undertiden reageret, men ofte ikke. Den rene Fodringstuberkulose spillede en stor Rolle, men ikke den störste; ti Tuberkulose blev mere og mere udbredt med Dyrenes tiltagende Alder; her mener han, at Infektionen foregår, dels gennem Fordöjelseskanalen ved at Dyrene slikke på Stolper og Vägge, som ere besudlede med tuberkulöse Exkreter, eller nyde Foder, der er inficeret på samme Måde, — dels gennem Respirationsorganerne ved at Dyrene indånde de indtörrede og pulveriserede tuberkulöse Produkter. Han slutter heraf, at Fodringstuberkulosen også må spille en stor Rolle hos Mennesket.

Prof. C. LANGE hävdede, at Fodringstuberkulose hos Mennesket spiller en forsvindende lille Rolle, måske fordi Menneskets Tarmslimhinde er lidet modtagelig for Infektionen. Han mente at kunne konstatere, at Lungetuberkulosen i de senere År havde skiftet Karakter: den viste sig nu ved udbredte fibröse Forandringer og Pigmenteringer; Kavernerne vare bronkiektatiske uden kaseöse Infiltrater eller Destruktioner af Lungevävet; tillige var den sekundäre Avtoinfektion i larynx og Tarmkanal själdnere.

S. Borch.

Speciel patologi och terapi: F. LENNMALM: Om sjukdomar, som bero på föreställningar, och som botas genom föreställningar. — C. LANGE: Nervepatologiske Notitser. Diskussion. — P. D. KOCH: Kvaksalveri og ischias. — FR. TOBIESEN: Om Lumbalpunktur. — SÖRENSEN: Forsög med Serumterapi ved diphtheritis. — N. J. STRANDGAARD: Hjärtets Perkussionsforhold med särligt Hensyn til den afdämpede Perkussion. — P. F. HOLST: Et Tilfälde af pyo-pneumothorax med diffust Hudemfysem efter Punktion af Empyemet. — SOMMERFELDT: Bidrag til Behandlingen af den kroniske Lungesvindsot. — KLEE: Et Tilfälde af Myxödem. Restitution ved små Doser Tyreoidin i et längere Tidsrum.

F. LENNMALM: **Om sjukdomar, som bero på föreställningar, och som botas genom föreställningar.** Hygiea 1896, I, s. 69.

Föreställningar spela en mycket stor rol hos alla människor, hos somliga dock i mycket högre grad framför alt hos dem, som lida af den s. k. nevropatiska dispositionen. Denna manifesterar sig såsom nervositet, nevrasteni eller hysteri, tillstånd, som ingalunda äro skarpt skilda utan flyta öfver i hvarandra. Sjukliga symptom framkallas hos dessa individer genom direkt verbal suggestion eller genom avtosuggestion på mångahanda sätt såsom genom läsning af s. k. läkareböcker, genom fruktan för sjukdomar, genom sinnesrörelser, genom travmer, genom härmning o. s. v. Sådana sjukdomsyttringar, som framkallas genom suggestion, kunna också aflägsnas genom suggestion. Den viktigaste suggestiva behandlingsmetoden är hypnosen, som utom den kurativa värkan också har stor betydelse för studiet af de hysteriska fenomenen. Af öfriga suggestiva behandlingsmetoder framhållas den religiösa tron, tron på kvacksalfvare, på läkarens auktoritet och på medicin, framför alt nya medel och metoder, vissa operationer särskildt gynekologiska o. s. v. *Edgren.*

C. LANGE: **Nervepatologiske Notitser.** Det köbenhavnske medic. Selskabs Forhandl. 1895—96. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 195.
Diskussion. Sammesteds S. 223.

1. *Om Behandlingen af Epilepsi, specielt Boraxbehandlingen.*

L. anser Epilepsien i det hele for en godartet Sygdom med Tendens til spontan Helbredelse. Benhandling er dog af väsentlig Betydning på Grund af Lidelsens Besvärlighed og Langvarighed. Brompräparaterne ere i Regelen tilsträkkelige. Hvor disse ikke tåles eller ikke vise nogen Virkning på Anfaldene, anbefaler L. *Borax* i store Doser, indtil 8 Gm dgl. De ubehagelige Bivirkninger fra Mavens og isär Hudens Side (Ekzem, Håraffald) svinde i Regelen trods fortsat Brug.

2. *Bemärkninger med Hensyn til Nevralgiernes Diagnose og Behandling.*

Egentlige Nevralgier opträde väsentlig kun i trigeminus og ischiadicus. De skelnes også her let fra andre smertefulde Affektioner, som

i Regelen slås sammen med dem, således nevritiske Affektioner og Reflexsmerter. Nevralgierne holde sig nemlig altid til Området af selve den angrebne Nerve, medens Reflexsmerterne ere i höj Grad tilböjelige til at irradiere til andre Nerver. Smerten er ved Nevralgierne jagende, ved Reflexsmerterne dumpe, värkende, mere vedholdende, uden de udtalte paroxysmatiske Anfald. For ischiadicus's Vedkommende stamme Reflexsmerterne fortrinsvis fra Konkrementer eller Grus i Nyrerne. Der findes her aldrig Parästesier, som Snurren, Soven o. s. v., heller ikke Muskelatrofi. De opträde ofte i bägge Ben.

Ved Reflexsmerterne må Behandlingen naturligvis gå ud på at fjärne Årsagerne.

Ved de egentlige Nevralgier er Elektriciteten (Galvanisation) Hovedmidlet, som i Regelen ikke slår fejl. Hvor det ikke nytter, kan man forsöge Nervesträkning. Resektion af Nerven förer själdent til noget Resultat. Af Massage har L. oftere set Skade end Gavn ved ischias.

I *Diskussionen*

fremhävede SCHMIEGELOW Nödvendigheden af en omhyggelig Undersögelse af Näsen ved Smerter i Ansigtet. LEVISON anbefalede efter MÖBIUS Brombehandling ved Migräne, medens LANGE ikke havde nogen Tillid til dette Middel her, hvor der mere krävedes en diätetisk Behandling. FRIEDENREICH mindede om CHARCOTs Fortjäneste, först at have indfört Brombehandlingen af Migräne, som i mange Tilfälde gjorde god Virkning; og TRIER oplyste, at allerede EMIL FENGER kendte Oprindelsen af Smerter på Lårets Forflade fra Nyrekonkrementer.

P. D. Koch.

P. D. KOCH: **Kvaksalveri og ischias.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 84.

Nogle Bemärkninger om Kvaksalverbehandling i Almindelighed og Beskrivelse af en Metode til Behandling af ischias, som anvendes af en hervärende Massör. Den består i en Kombination af Ophängning og Sträkning af Benet, som udföres ved Hjälp af et särligt, patenteret Hejseapparat. Dette Apparat er af Forf. simplificeret, således at det med Lethed kan forfärdiges af enhver Läge, og anbefales til Forsög ved den nävnte Lidelse. *P. D. Koch.*

FR. TOBIESEN: **Om Lumbalpunktur.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 205.

T. giver en Oversigt over de Udtalelser, som ere fremkomne i Literaturen om den af QUINCKE i 1891 indförte Lumbalpunktur. Metoden er her hjemme anvendt i 8 Tifälde uden väsentligt Resultat. I 1 af disse Tilfälde fandt T. i Vädsken enkelte Tuberkelbaciller; i 3 andre kunde han hverken mikroskopisk eller ved Inokulation på Marsvin påvise Baciller. Han fremhäver Metodens väsentligt diagnostiske Betydning og giver en Fremstilling af dens Teknik.

P. D. Koch.

SÖRENSEN: **Forsög med Serumterapi ved diphtheritis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 73.

Forf. giver en statistisk Opgörelse af de på Blegdamshospitalet med tysk Antiserum behandlede Tilfälde af Difteri, idet han sammenstiller den med et lignende Antal Tilfälde, der behandledes på den tidligere anvendte Måde. Af 51 serumbehandlede sväre Tilfälde endte 17 med Död, af 46 lignende Tilfälde behandlede uden Serum — 15 döde. Forf. fremhäver selv, at så vel Tilfäldenes ringe Antal som de tilfäldige mulige Fejlkilder ved en sådan Sammenstilling göre hans Forsögsräkke mindre bevisende, men har selv fået det Indtryk, at for de sväre Tilfäldes Vedkommende påvirkes hverken Sygdommens Forlöb eller Varighed på nogen särlig gunstig Måde ved Serumbehandling. Af uheldige Fölger af denne har Forf. iagttaget noget större Tilböjelighed til Blödninger, 2 Gange Anuri, jävnlig Exantemer med stärk Feber.

Af middelstärke Tilfälde af Difteri behandledes 10 med, 42 uden Serum; Forlöbet var i det väsentlige ens, dog syntes det närmest, som om Serumbehandlingen påvirkede disse Tilfälde gunstigt.

De Tilfälde, som ved Indläggelsen i Hospitalet gjort Indtryk af at väre af let Art, holdt sig oftest således, ganske uanset Behandlingen.

Heller ikke de laryngitiske Symptomer ved Difteri syntes at påvirkes kendelig ved Serumbehandling. De sväre difteritiske Kruppatienter döde alle trods Serumbehandling, og det gode Resultat i de lettere Tilfälde må närmest tilskrives Infektionens Art og Epidemiens Karakter. I Maj—September 1895 döde i alt af 35 behandlede Kruppatienter, hvoriblandt 21 trakeotomerede, kun 3, hvilket giver en Mortalitet af 8,6 % eller 14 % af de opererede.

F. Levison.

N. J. STRANDGAARD: **Hjärtets Perkussionsforhold med särligt Hensyn til den afdämpede Perkussion.** Med 11 Tavler. Nord. med. Arkiv, Årg. 1896, N:r 2, S. 1—41 og N:r 8, S. 1—46.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, Årg. 1896, N:r 10, S. 6.

P. F. HOLST: **Et Tilfälde af pyo-pneumothorax med diffust Hudemfysem efter Punktion af Empyemet.** Meddelelse fra Rigshospitalets med. Afd. A. Norsk Magaz. f. Lägevid. 1895, S. 827—837.

Patienten, der led af en hurtig forlöbende phthisis, fik en Dag pludselig Hold i höjre Side af Brystet; han indlagdes på Rigshospitalet $^{16}/_{4}$ 95. — Foruden Infiltration med Kavernesymptomer i Lungetopperne fandtes mat Lyd med svækket Respiration i en håndsbreds Udsträkning ved basis på begge Bagflader.

$^{17}/_{4}$: Punktion på höjre Bagflade med Aspiration af 1 Liter pus. Efter Udträkning af Kanylen kom en fin Pusström ud gennem Stikåbningen, der lukkedes med Jodoformkollodium. I Pusset fandtes talrige Tuberkelbaciller. — I Löbet af Dagen optrådte omkring Punktionsstedet röd ödematös Hävelse i et Par Håndfladers Udsträkning. Der foretoges en Incision (dog ikke på selve Punktionsstedet, der frem-

deles var bedäkket med Jodoformkollodium). Pusudsivning gennem Incisionsåbningen vedvarede 2 Dage, hvorpå der optrådte et Hudemfysem, der i Löbet af nogle Dage indtog hele Legemet. Gennem Incisionsåbningen perforeredes nu pleura med en lukket Korntang under en nästen explosionslignende Lyd af den udströmmende Luft. Der indlagdes et Dränrör i Pleurahulen, hvorefter Emfysemet de fölgende Dage stadig gik tilbage. — Patienten döde imidlertid d. $^{30}/_{4}$.

Sektionen viste en udbredt kaseös Pnevmoni af höjre Lunge med talrige Kaverner i Toppen. Opad et 2 til 3 Cm. stort Hul i pleura förende ind til en stor Kaverne. På Lungens Forflade 3 pennepose-tykke Perforationer förende ind til små Kaverner samt endelig på Siderånden og Bagfladen af nederste Laps överste Parti 4 lignende Perforationer. Ved Opbläsning af Lungen under Vand boblede Luft ud gennem samtlige Åbninger.

Forfatteren opfatter den tilstedevärende pneumothorax trods de 8 Perforationer som en Ventilpneumothorax, idet det forhöjede Tryk i Pleurahulen antages at have klemt Åbningerne sammen på en sådan Måde, at Luften ikke har kunnet passere ud under Exspirationen, men derimod er presset ind i Pleurahulen under Inspirationen (»Ventilpneumothorax uden Ventil»). — Den explosionslignende Lyd ved Perforationen af pleura viste at Trykket var stärkt. — Det stärke Tryk har nu umiddelbart efter Punktionen presset pus ind i Stikåbningen, och efter at Pusset er kommet under Stikåbningens niveau er Luften presset samme Vej. Da Åbningen var tillukket med Kollodium, måtte der opträde Emfysem.

Kr. Thue.

SOMMERFELDT: **Bidrag til Behandlingen af den kroniske Lungesvindsot.** Köbenhavn 1896. (GYLDENDAL.)

Under den oven anförte, noget vildledende Titel har Forf. meddelt en Räkke Forsög over Eucalyptolets Indvirkning på Tuberkelbacillen så vel i Kulturer som i tuberkulöst inficerede Dyr og ftisiske Mennesker. Forsögene med Tuberkelbacilkulturer synes at vise, at en Tilblanding af Eucalyptol i en vis Fortynding er i Stand til at dräbe disse eller dog at hämme deres Växt i höj Grad.

Forsögene på Dyr vare ikke så utvetydige, men synes dog i det hele at tyde på, at subkutane Injektioner af Eucalyptol blandet med Olivenolje (1—4 Gm) tåles godt af Forsögsdyrene og synes at hämme Udvikling af Lungetuberkulose hos Dyrene noget, om end den ikke med Sikkerhed kan forhindre denne.

Også på ftisiske Patienter har Forf. forsögt Midlet; han giver en Del Sygehistorier af sådanne Tilfälde og drager af disse den Slutning, at man må tilskrive Eucalyptolet en vis Indflydelse til at häve en Del af de mest generende Symptomer, og at den muligvis også kan bringe Tuberkulosen til Ophör. *F. Levison.*

KLEE: **Et Tilfälde af Myxödem. Restitution ved små Doser Tyreoidin i et längere Tidsrum.** Ugeskr. f. Läger. R. 5, Bd. 3, S. 145.

En 60-årig Dame, i hvis Slägt var forekommet Tilfälde af Myxödem, viste nogle Tegn på samme Lidelse, nemlig Svulst af det subkutane Väv i Ansigt, Hals og Klavikulärregion, Depression, Hukommelsessväkkelse, Mangel på Fölelse i Fingerspidserne, Träthed, Svedsekretionen ophört. Hår og Negle vare dog normale. På nogle Fingre fandtes Svulst om Leddene; denne Svulst syntes väsentlig at indtage Integumenterne.

Under Behandling med Hydroterapi, Massage og Tyreoidin i små Mängder, fortsat gennem längere Tid, bedredes Tilstanden.

F. Levison.

Kirurgi och oftalmiatrik: OVE MÜLLER RÉE: Undersögelser af Öjet med et lysende Punkt. — GUSTAF AHLSTRÖM: Iakttagelser öfver synförmågans utveckling hos en med godt resultat opererad 9-årig blindfödd flicka. — GORDON NORRIE: Om Forebyggelse af de så kaldte skrofuløse Oftalmier. — B. M. BEHRENTSEN: Et lidet Bidrag til SEXTON's Radikaloperation for Dövhed. — BARTHOLD CARLSON: Ett fall af gammal depression på hjärnskålen. — HJALMAR DAMM: Bidrag til Läreu om den akute, så kaldte idiopatiske Retrofaryngealabsces hos Börn. — C. A. LJUNGGREN: Om actinomycosis hominis och dess förekomst i södra Skåne. — MICHELSEN: Praktisk Notits om Udförelsen af Trakeotomi. — H. C. SLOMANN: Bidrag til Empyembehandlingen. — JOHN BERG: Om refbenskondrit. — PER SÖDERBAUM: Ett bidrag till behandlingen af travmatiske lesioner å tarmen. — EMIL MÜLLER: Extraabdominal Tarmresektion med fortsat extraperitonäal Behandling. — J. KAARSBERG: Laparotomi og Desinvagination ved invaginatio ileo-coecalis subchronica. — H. MAAG: Laparotomi og Desinvagination ved invaginatio ileo-coecalis. — C. A. BLUME: Bemärkninger om Diagnose og Behandling af perforatio ventriculi et duodeni. — Beretninger til Kirurgkongressen i Kristiania 1895 om Radikaloperationen for Brok i Danmark, Finland og Sverige i Femåret 1890—1894. I. KR. POULSEN: Beretning fra Danmark, statistisk sammenstillet. II. M. V. AF SCHULTÉN: Bidrag från Finland till Nord. kirurgiska föreningens samforskning, rörande radikal-operation för bråck. III. J. BORELIUS: Bidrag från Sverige till Nord. kirurgiska föreningens samforskning rörande radikal operation för bråck. — FR. RAMM: Om appendix og appendicitis. — G. NAUMANN: Kirurgisk kasuistik från Helsingborgs lasarett. — C. D. JOSEPHSON und A. VESTBERG: Ueber retroperitoneale Fettgeschwülste (Resumé). — C. D. JOSEPHSON och ARTUR VESTBERG: Om retroperitoneala fettsvulster. — FREDRIK ZACHRISSON: Ett fall af blåsdivertikel (dubbel blåsa?), som komplicerat en fimosis-operation. — A. EURÉN: Till behandlingen af prostatahypertrofi medels exstirpatio testis. — F. KAIJSER: Ett fall af gangren å penis och scrotum. — P. PLUM: Om Efterbehandling ved resectio coxæ. — ALRIK LINDH: Sammanställning af narkosstatistiken från de nordiska länderna för året 1 mars 1894 til 1 mars 1895. — Forhandlingerne ved Nord. kirurgisk Forenings 2det Möde i Kristiania 11—13 Juli 1895.

OVE MÜLLER RÉE: **Undersögelser af Öjet med et lysende Punkt.** Doktordisp. Köbenhavn 1896.

Forf. resumerer sit Arbejde bl. a. i fölgende Sätninger:

a) »Fuldständig regelmässige astigmatiske Öjne ere ret själdne; i Almindelighed findes der i astigmatiske Öjnes optiske Systemer sådanne Uregelmässigheder, som jeg har benävnet Skävheder. Disse kunne deles i 2 Slags: 1) Skävheder, der bestå i, at Snit, lagte gennem Pupillargebetet parallelt med den ene Hovedmeridian, ere, i en Retning parallel med denne, stärkere brydende i den ene Ende end i den anden; 2) Skävheder, bestående i, at Snit, lagte gennem Pupillargebetet parallelt med den ene Hovedmeridian, have, i en Retning parallel med denne, forskellig brydende Styrke.»

b) »Der gives astigmatiske Öjne, hvis optiske Systemer danne krumme Brändlinjer af et lysende Punkt.»

c) »Ved Hjälp af Undersögelser med det lysende Punkt kunne Uregelmässigheder i Öjnenes optiske Systemer påvises, der ikke lade sig påvise ved vore almindelige kliniske Undersögelsesmetoder, hvorfor Diagnosen Amblyopi vist nok er stillet oftere end strängt taget korrekt.»

d) »Den höjeste Synsstyrke, jeg har fundet, er $\frac{6}{4}$ (SNELLENs Prövebogstaver); men denne nås ofte af Öjne med regelmässige optiske Systemer, hvor der for övrigt ingen andre Grunde findes til Formindskelse af Synsstyrken; dog må det bemärkes, at jeg også har truffet denne Synsstyrke i et enkelt Öje, hvis optiske System endogså må väre meget uregelmässigt bygget.»

e) »Bestemmelsen af Astigmatismen med det lysende Punkt synes at väre den nöjagtigste Metode både til at påvise og bestemme denne.»

J. Bjerrum.

GUSTAF AHLSTRÖM: **Iakttagelser öfver synförmågans utveckling hos en med godt resultat opererad 9-årig blindfödd flicka.** Hygiea 1896, s. 380.

Pat. var behäftad med kongenital starr, synskärpan = kvantitativ ljusperception. Tvänne slags abnorma rörelser kunde hos bulben iakttagas, än en liflig horisontal nystagmus, än mera oregelbundet roterande rörelser, vid hvilka bulberna ej följdes åt utan än divergerade, än konvergerade, än rörde sig i det lodrätta planet i modsatta riktningar. Efter operationen, som företogs å båda ögonen med lyckligt resultat, försvunno småningom helt och hållet de oregelbundna rörelserna, och nystagmus minskade betydligt.

Uppsatsen innehåller en utförlig beskrifning om synsinnets utveckling under de första $3\frac{1}{2}$ månaderna efter operationen.

Widmark.

GORDON NORRIE: **Om Forebyggelse af de så kaldte skrofulöse Oftalmier.** Hosp.-Tidende, R, 4, Bd 4, S. 58.

Forf. gör sig til Talsmand for den navnlig af HERTZ hävdede Anskuelse, at pediculi capitis meget tit ere Årsag til de flyktänuläre Betändelser af Öjet, således at disse i Regelen ikke hidröre fra »Skrofulose». *J. Bjerrum.*

B. M. BEHRENTSEN: **Et lidet Bidrag til Sexton's Radikaloperation for Dövhed.** Norsk Magaz. for Lägevid. 1895, S. 1104—1109.

Forf. vil ved denne lille Artikel henlede Kollegers Opmärksomhed på en Operation, som han som Amerikaner kalder SEXTON's og som består i Fjärnelse af Trommehinde, Hammer, Ambolt og eventuelt Lösning af stapes som Middel til at forbedre Hörselen ved Sklerose i Mellemöret. Forf. anser en nedsat Perceptionsvarighed af Stemmegaffel (hvilken, hvilket Anslag? Ref.) til 10 à 20 Sek. for Indikation. Selv har han haft små Resultater af Operationen, men mener, at den kun kan gavne Patienten og ikke skade ham ved den (Facialisparalyse, Labyrintaffektion o. s. v.? Ref.). Tiltrods for at Indikationerne ere

vanskelige at bestemme og tiltrods for at Resultatet af Operationen som oftest er 0, mener han derfor at den bör forsöges.

BARTHOLD CARLSON: **Ett fall af gammal depression på hjärnskålen.** Upsala läkareforen. förh., bd 1, ny följd, s. 27.

Pat. var en 14 år gammal flicka, som efter ett för 6 år sedan erhållet trauma lidit af svår hufvudvärk och första 3 åren äfven af »fallandesotlika» anfall. På platsen för traumat (i medellinien 3 cm. bakom öfre änden af sulcus Rolandii) fans en 0,7 cm. djup depression af en femörings storlek. Den af förf. d. $^2/_4$ 95 företagna operationen bestod däruti, att med trepan och mejsel det 1,5 cm. tjocka, intryckta benet aflägsnades. Efter 8 dagar full läkning. Då förf. sista gången, nära 6 månader senare, återsåg pat., var denna fortfarande fullt frisk och arbetsduglig. *Karl Dahlgren.*

HJALMAR DAMM: **Bidrag til Læren om den akute, såkaldte idiopatiske Retrofaryngealabsces hos Börn.** Afhandling for Doktorgraden. Köbenhavn 1896. 194 S.

Grundlaget for Afhandlingen er 72 Journaler, väsentlig fra Börnehospitalet. Forf. fölger nöje BOKAIs Inddeling af pågäldende Abscesser, om han end anvender Ordet »idiopatisk» på en anden Måde end BOKAI; idiopatisk er for ham en Absces, til hvilken han ikke kan finde noget Udgangspunkt. Under Symptomatologien skildres Synkningen, Respirationen, Stemmen, Hosten, Hovedets og Halsens Forhold, Fremdrivningen af art. carotis, når Abscessen breder sig fortil. End videre meddeles, hvad der kan opnås for Diagnosen ved Inspektion af fauces og ved den digitale Exploration. Med Hensyn til Differentialdiagnosen må der tages Hensyn til Krup, difteritiske Lamheder, œdema glottidis, flegmonös angina, retrofaryngeale tumores og den spondylitiske Kongestionsabsces.

Af de 72 Tilfälde döde 5, deriblandt 2 spondylitiske; ses bort fra disse sidste, fås en Mortalitetsprocent på 4,6; i de 3 pågäldende Tilfälde var der foretaget indvendig Incision, hos 2 Börn opträder Pnevmoni en Uges Tid efter Operationen, det tredje Barn dör af Hämorragi nogle Dage efter en stump faryngeal Åbning af Abscessen. I 67 Tilfälde er der foretaget operativt Indgreb, i 21 indvendig Incision, i 34 stump Åbning og i 12 udvendig Incision. Forf. holder på den udvendige Incision, selv om der ikke er Svulst udvendig på Halsen, da man derved lettere undgår Reproduktion af Abscessen; ligeledes er der ved denne Incision ikke Fare for, at Pusset kan gå ned i Luftvejene, Såret kan end videre holdes aseptisk. Han foreträkker den af CHIENE angivne Incision ved bageste Rand af m. sternocleidom.; han har opereret ét heldigt forlöbende Tilfälde på denne Måde.

Kr. Poulsen.

C. A. LJUNGGREN: **Om actinomycosis hominis och dess förekomst i södra Skåne.** Nord. med. arkiv, 1895, n:r 27.

Se Comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1895, n:r 32, s. 1.

MICHELSEN: **Praktisk Notits om Udförelsen af Trakeotomi.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 62.

Forf. mener, at man ved at anvende et Par små böjede Rouginer letter sig den stumpe Präparation ind til trachea; ved at anbringe Instrumenterne i Hudsnittet og fjärne dem fra hinanden, tage de Fascie og Bindeväv med sig, så at man så godt som uden Blödning hurtigt er inde på trachea. *Kr. Poulsen.*

H. C. SLOMANN: **Bidrag til Empyembehandlingen.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 177.

Forf. har haft nogle Ulämper af den gängse Resektion med Indläggelse af Drän; når dette fjärnedes, optrådte Recidiv, skönt man måtte antage, at Suppurationen var ophört; andre Gange har en Fistel ikke villet lukke sig. Han råder derfor til at fjärne et så stort Stykke af Brystväggen, at den hele Kavitet lägges fri, så at den nöje kan inspiceres; efter omhyggelig Aftörring med Tamponer fyldes den med steril Gaze, der virker som kapillär Dränage, og som skiftes dagligt. Han har med Fordel anvendt Metoden i 5 Tilfälde. Han har begyndt med en lille Resektion og forstörret denne efter den digitale Exploration. Hvor Gazen blev noget ildelugtende, har han med Fordel penslet Hulheden med Jodtinktur. Alle Forf:s Tilfälde have väret cirkumskripte Empyemer, ved de totale vil en Tamponade med Gaze selvfölgelig väre vanskelig, idet den näppe kan udfylde det store Hulrum. En Granulationsdannelse på pleuras Overflade har han ikke iagttaget; efter Belägningernes Afstödning holdt pleura sig blank og glat. Metoden må navnlig väre anvendelig 1) ved Empyemer, der have bestået så länge, at Lungens Expansionsävne må antages for väsentlig forringet, fordi disse Empyemer disponere til Fisteldannelse; 2) ved stinkende Empyemer og pyopneumothorax, da den rummeligere Adgang lettere tillader en Desinfektion; 3) ved cirkumskripte, fortilliggende Empyemer, hvor Dränet virker mangelfuldt; 4) ved tuberkulöse Empyemer, hvor en fuldständig Udtömmelse er Betingelsen for et godt Resultat; 5) ved Empyemer, hvor der må antages at väre en Komplikation med Lungegangrän, Lungeabsces eller stor Kaverne, idet den store Åbning tillader at verificere Diagnosen, således at et yderligere Indgreb kan finde Sted.

Kr. Poulsen.

JOHN BERG: **Om refbenskondrit.** Med 1 tafla. Nord. med. arkiv, 1895, n:r 22.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1895, n:r 26, s. 4.

PER SÖDERBAUM: **Ett bidrag till behandlingen af travmatiska lesioner å tarmen.** Upsala läkarefören. förh., bd 1, ny följd, s. 94.

Förf. meddelar 2:ne af honom opererade fall af travmatisk lesion å tarmen. Det ena af dessa gälde en 29-årig man, som d. $^{8}/_{5}$ 95 vid 2-tiden på middagen blifvit sparkad af en häst emot buken. På grund af symptom, som tydde på tarmruptur, opererades pat. vid inkomsten till Falu lasarett samma dags afton. Den i tunntarmen befintliga brist-

ningen slöts medels dubbel silkessutur, bukhålan rengjordes, och buksåret hopsyddes fullständigt. Pat. afled efter 12 dagar. Obduktionen visade varig peritonit och gangren i tarmen omkring suturen. Med anledning af den olyckliga utgången i detta fall tillråder förf. vid liknande skador ett annat behandlingssätt, nämligen resektion af den närmaste delen af tarmen i sådan utsträckning, att suturen kan ske i frisk tarmvägg, samt dränage af bukhålan.

Den andra pat., 39-årig man, som d. $^5/_8$ 95 träffats af ett hagelskott i buken, opererades 30 timmar efter olyckshändelsen, enligt nyss nämnda principer med godt resultat. D. $^{28}/_{10}$ 95 utskrefs pat. läkt och frisk. *Karl Dahlgren.*

EMIL MÜLLER: **Extraabdominal Tarmresektion med fortsat extraperitonäal Behandling.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 49.

Forf. har ved et Tilfälde af tuberkulös Striktur i colon ascendens anvendt den af O. BLOCH angivne extraabdominale Resektion, dog således modificeret, at det lykkedes ham også efter Resektionen at lade Tarmen ligge extraperitonäalt. Det drejer sig om en 43-årig Kvinde, som i längere Tid havde haft stenotiske Tilfälde, og hos hvem der i höjre fossa iliaca föltes en pölseformet, hård tumor, svarende til coecum og colon ascendens; da der var et let Ödem af Bugväggen, lagdes först et extraperitonäalt Skråsnit forbi spina ilei ant. i den Tro, at der muligvis kunde väre pus; men da Fundet var negativt og tumor kendelig var knyttet til Tarmen, gjordes Laparotomi ved Snit langs yderste Rand af höjre m. rectus. Tumor var hård og knudret og strakte sig fra ileums Indmunding opefter til omtr. 1" fra flexura coli; selve coecum var fri; tumor var fri for Adhärencer; den frigjordes ved at spalte det ydre Blad af mesocolon; herved kunde den bringes frem i Bugvägssåret, hvor mesocolons mediale Blad fastsyedes til peritonæum parietale på den indvendige Sårläbe. Tamponade med steril Gaze. 6 Dage senere reseceredes tumor, og der gjordes Sutur af de overskårne Tynd- og Tyktarmslumina, hvad der let lod sig göre (fortlöbende sero-muskuläre Katgutsuturer og overfladiske sero-seröse Lembert'ske Suturer, også med Katgut); Tarmen forsänkedes i den extraperitonäale Hulhed, som dräneredes bagtil gennem det oprindelige her anlagte Skråsnit; Hudsåret forenedes derefter. Der kom i de närmeste 14 Dage lidt fæces ud gennem det bagtil gående Drän, en enkelt Dag også gennem Laparotomisåret; men i övrigt var Forlöbet ganske godt, Tarmfistlerne lukkede sig, og hun udskreves med en lille Fistel bagtil, som secernerede lidt pus.

Forf. mener, Metoden er anvendelig, hvor man på Grund af Patientens nedsatte Vitalitet ikke tör göre en primär Tarmresektion; hvis Suturerne ikke holde, får man efter den angivne Metode en extraperitonäal Tarmfistel, måske en komplet anus præternaturalis; men alt er som sagt extraperitonäalt.

Det exstirperede Tarmstykke var efter Härdning 12 Cm. i Längden; lumen var så forsnävret, at en Broksonde lige kunde passere. Väggen meget fortykket, knudret. Mikroskopisk påvistes et tuberkulöst Väv med sparsomme Tuberkelbaciller. *Kr. Poulsen.*

J. KAARSBERG: **Laparotomi og Desinvagination ved invaginatio ileocoecalis subchronica.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 97.

Det drejer sig om en 3¾-årig lille Dreng, som alt 4 Gange havde haft lette Symptomer på en Invagination, förste Gang, da han var en 6—7 Måneder, sidste Gang for 1½ År siden; der havde väret Opkastninger og Blodafgang per anum; Tilfäldene tabte sig efter Vandindhäldninger. Hans nuvärende Lidelse begyndte for en Måneds Tid siden med Opkastninger, Afgang af stinkende Blod; efter en 3 Ugers Forlöb afgik tynde, stinkende, dog ikke blodblandede Exkrementer efter Vandclysmata, Opkastningerne blev färre i Tal, han kom endog lidt op; der konstateredes da en Svulst i Underlivet i Retning af colon transv. og descendens; under Massage blev Svulsten hård og forandrede Form og Plads; men det lykkedes ikke at få den til at forsvinde. Barnet indlagdes da på Börnehospitalet, hvor Underlivet viste sig at väre opdrevet; under Narkose konstateres en tvärlöbende, pölseformet Svulst over umbilicus på en 8 Cm:s Längde; der indhäldtes 2 Potter Vand, som ikke kvitteredes, men Svulsten svandt ikke; derfor Laparotomi til höjre for umbilicus; det viste sig da, at ileum var invagineret i colon; ved Halsen fandtes nogle friske og äldre Adhärencer, der gjorde Modstand ved et Forsög på Lösning; derefter opsögtes den nederste Ende af Svulsten, og ved Tryk opefter desinvagineredes Svulsten med Lethed; det var en typisk Ileocoekalinvagination; serosa var glat og glinsende; fraregnet nogen Svulst af coecum og processus vermiformis, vare Forholdene naturlige, hvorfor Tarmen reponeredes og Bugsåret lukkedes. Forlöbet godt.

I dette Tilfälde lykkedes det altså at häve en Invagination, der havde bestået i 30 Dage.

HIRSCHSPRUNG har tidligere meddelt en Sygehistorie, hvor en 24 Dage gammel Intussusception blev hävet ved den 9de Vandindhäldning (under Narkose); TRIER har endog hävet en 3 Måneder gammel Invagination hos et 9 Års Barn ved 14 Dages Behandling med Vandindhäldninger. *Kr. Poulsen.*

H. MAAG: **Laparotomi og Desinvagination ved invaginatio ileo-coecalis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 172.

I Anledning af KAARSBERGs Meddelelse om Desinvagination af en Invagination ved et Tryk fra den distale mod den proximale Ende af Svulsten refererer Forf. et Tilfälde, hvor han har båret sig ad på en lignende Måde, hvor et Träk ved Halsen af tumor var uden Virkning, trods det, at der ikke fandtes Adhärencer; han mener, at disse ikke spille nogen Rolle; det er snarere Trykket, der virker stärkere end Träkket oppe ved Halsen. Sygehistorien angår et 2½ Års gammelt Barn med akut Ileocoekalinvagination; ved Vandindhäldning svandt Svulsten; men da den reproduceredes Dagen efter, gjordes Laparotomi og Lösning af tumor på den angivne Måde. Barnet döde näste Dag; der var begyndende Gangrän af Slimhinden omkring valv. Bauhini, ingen peritonitis.

Kr. Poulsen.

C. A. BLUME: **Bemärkninger om Diagnose og Behandling af perforatio ventriculi et duodeni.** Nord. med. Arkiv, Årg. 1895, N:r 21.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, Årg. 1895, N:r 26, S. 1.

Beretninger til Kirurgkongressen i Kristiania 1895 om Radikaloperationen for Brok i Danmark, Finland og Sverige i Femåret 1890—1894. Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 24.

I. KR. POULSEN: Beretning fra Danmark, statistisk sammenstillet. A. st., Sid. 1.

II. M. V. AF SCHULTÉN: Bidrag från Finland till Nord. kirurgiska föreningens samforskning, rörande radikal-operation för bråck. A. st., s. 35.

III. J. BORELIUS: Bidrag från Sverige till Nord. kirurgiska föreningens samforskning rörande radikal operation för bråck. A. st., s. 56.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1895, n:r 26, s. 11, s. 12 & s. 13.

FR. RAMM: **Om appendix og appendicitis.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1895, S. 917—928.

Appendicitis skyldes i mange Tilfälde, kanske de fleste en Inkarceration af appendix, fremkaldt ved en pludselig Udspiling af coecum. Dette fölges af en Stase, med foröget Virksomhed af Organets Glandler, Epitelet opblödes og afstödes. Vejen for Infektion er hermed åben.

Denne Opfatning stöttes ved de bekendte Experimenter, udförte af BUSCH og KOCHER, til Belysning af Inkarcerationens Ätiologi i frit hängende Tarmrör. En Sonde indföres i et Tarmrör, hvorpå en Ligatur löst sammensnörer Tarmen om Sonden, som så fjärnes. Hvis nu Tarmen ovenfor det snävre Sted pludselig udspiles med Luft eller Vädske passerer ikke en Dråbe gennem Stenosen, idet det udspändte Parti af Tarmen suger det forsnevrede Stykke op i sig selv, og derved stopper Åbningen til.

BUSCH tror at have iagttaget, at det kun er mucosa som blir gleder på sit Underlag og lukker Åbningen.

ALBERT har samme Mening om Inkarceration.

At Appendiciten kan bero på en Inkarceration af ovenfor nävnte Art, stöttes ved fölgende Iagttagelser:

1. De anatomiske Forhold i coecum og dens Vedhäng er sådanne, at Inkarceration kan komme utan på den af BUSCH og KOCHER experimentelt beviste Måde.

2. Sygdomsbilledet ligner (ofte) til Forvexling det velkendte Symptomkomplex, som skyldes Inkarceration.

3. Ved Operationer finder man Organet erigeret, fuldt af Slim, kanske tilblandet pus.

4. Sygdommen er diagnosticeret, og Operatören har fundet en sund appendix. Her kan Inkarcerationen, som tilmed kanske ikke har varet komplet, väre löst ved Narkosen og Bugsnittet.

5. LENN har gjort opmärksom på hvor ofte en kronisk appendicitis skyldes Arstenoser. Disse kan forklares ved en tidligere Inkar-

ceration der löstes för Perforation fandt Sted, men dog var så alvorlig at Väggene i Organet fik varig Men deraf.

6. De talrige Tilfälde af Sygdommen, som helbredes spontant, trods en voldsom akut Opträden, viser at Sygdommens Ätiologi må skyldes Momenter, der sporlöst kan forsvinde, som f. Ex. en Inkarceration på den Måde, der er opstillet af BUSCH og KOCHER.

TALAMON, FOWLER, RACHMORE o. a. forklarer ikke ved sine Teorier Sygdommens Ätiologi.

I Tilslutning til ovenstående meddeles en Del kliniske Iagttagelser:

En Gang har Forfattere iagttagit en temmelig stärk Nyreblödning efter at en appendikulär Absces var åbnet i regio iliaca. Tilfäldet forlöb heldig.

En Ftisiker afgik ved Döden på Sygehuset efter at våre opereret for et mägtigt empyema pleuræ. Hans appendix var 14 Cm. lang og fastvoxet med fossa Douglassi's Bund. Den indeholdt 4—5 metallisk Kviksölv, som en Kvaksalver havde givet ham 11 Uger för.

Ved et Tilfälde af perforativ Peritonit fandtes Väggen af appendix gennemboret af en Träflis. Sygehistorien tydede på, at det fremmede Legeme et halvt År havde ligget i appendix.

Ramm.

G. NAUMANN: **Kirurgisk kasuistik från Helsingborgs lasarett.** Hygiea 1896, s. 145.

Förf. meddelar 8 mera anmärkningsvärda fall, som under 1894 vårdats å nämnda sjukhus.

1) *Cancer ventriculi. Resectio pylori.* Kvinna, 55 år. Sjuk sedan ett par månader; afmagring. Gåsäggstor, knölig, mycket förskjutbar tumör till vänster om nafveln. Magsaften färgar icke kongo- eller tropeolinpapper. Laparotomi. Tumören befans sitta i curv-major nära pylorus. Resektion af det angripna partiet på sedvanligt sätt. Godt förlopp efter operationen. Vid den efter 6 veckor skedda utskrifningen hade pat. återhemtat hull och krafter. Hon afled 3 månader efter hemkomsten. (Recidiv.)

2) *Cancer ventriculi. Resectio pylori.* Kvinna, 68 år. Äppelstor tumör, fastlödd vid bukbetäckningarna till vänster om nafveln. Magsaften ger ej saltsyrereaktion. Vid laparotomi befans svulsten cirkulär fri utom i sammanväxningen framåt. Pylorusresektion. Läkning ostörd. Skall hafva en ny tumör i buken och vara mycket dålig ungefär 6 månader e. o.

3) *Ren mobilis. Nephroraphia.* Kvinna, 32 år. Sedan 5 till 6 år rörlig njure på höger sida. Insnitt enligt BRAUN. Capsula propria lemnades orörd, och organet fixerades medels 4 silkesuturer till bakom liggande muskulatur. Delvis tamponad af såret. Läkningen fortskred normalt. Sängläge under 6 veckor; resultatet godt.

4) *Luxatio iliac. coxæ congen. bilat. Hoffas operation.* Man, 12 år. Venstra caput femur måttligt förskjutet bakåt; högra stod uppe

vid crista ilei. Permanent viktextension minskade något felställningen. Operation — enligt HOFFA — med tenotomi af flexorer och adduktorer. Acetabulum nästan utplånadt. Hufvudet infördes med svårighet. Partiel sutur och tamponad. Viktextension e. o. Död 18 timmar efter ingreppet, i det ventrikelinnehåll vid en kräkning inhalerats i bronkerna.

5) *Sarcoma periostale cranii. Resectio cranii.* Man, 44 år. Sedan 5 månader en tillväxande tumör öfver vänstra frontalregionen. Jodkalium utan invärkan. Lues förnekas. Tumören stor som en half apelsin, elastisk, pulserande, omgifven af en hårdare vall. Exstirpation. Svulsten befans vara både extra- och intrakraniel, tämligen intimt förenad med duran. Tamponad. Utskrifven läkt efter 6 veckor. Multipla recidiv ett halfår senare.

J. Åkerman.

C. D. JOSEPHSON und A. VESTBERG: **Ueber retroperitoneale Fettgeschwülste.** (Resumé.) Hygiea, 1896, särskild pagin. s. 6 samt Årsberättelse från Sabbatsbergs sjukhus 1893—94, s. 204.

C. D. JOSEPHSON och ARTUR VESTBERG: **Om retroperitoneala fettsvulster.** Årsberättelse från Sabbatsbergs sjukhus för 1893—94, s. 99.

Se *Nord. med. literatur från 1895.* Nord. med. arkiv, årg. 1896, n:r 4, s. 18.

FREDRIK ZACHRISSON: **Ett fall af blåsdivertikel (dubbel blåsa?), som komplicerat en fimosis-operation.** Upsala läkarefören. förh., bd 1, s. 199.

Fallet rör en pat., som efter en fimosisoperation fick urinretention, hvarför han måste tappas. Den till följd häraf uppkomna cystiten och svårigheten att tappa pat. tvingade till sectio alta, därvid nämnda missbildning af blåsan upptäcktes. Genom ett sagittalt septum var blåsan delad i 2 rum. I detta septum fans en af en sfinkter omgifven öppning, som genomsläpte ett pekfinger. Denna öppning vidgades vid en följande operation. Cystiten häfdes snart, och vid utskrifningen innehöll blåsan 200 kcm. residualurin. Förf. genomgår dessutom literaturen i ämnet och anför några märkligare fall ur den samma. Han anser detta fall vara ett divertikel, uppkommet eller — om det är kongenitalt — förstoradt genom det till följd af fimosis ökade inre trycket i blåsan. *Olsson.*

A. EUREN: **Till behandlingen af prostatahypertrofi medels exstirpatio testis.** Upsala läkarefören. förh., bd 1, s. 105.

Efter en hastig öfverblick öfver äldre metoder vid behandlingen af prostatahypertrofien berör förf. utvecklingen af och teorierna för sjukdomens behandling medels exstirpatio testis samt denna behandlingsmetods nuvarande ståndpunkt.

Härtill fogas en redogörelse för 6, af förf. opererade fall. Medelåldern var 73 år; i 4 fall förelåg urinretention; i intet fall svårare cystit. I 3 af fallen gjordes bilateral exstirpation; här uppstod alltid hastig förbättring i urineringen samt minskning af residualurinen

och prostatas storlek. I de 3 öfriga fallen utfördes ensidig exstirpation af testis; här uppstod i 2 fall hastig förbättring af urineringen samt i det ena minskning af residualurinen och samtidig prostata-atrofi (det andra för kort tid iakttaget); i det tredje fallet uppstod ingen förbättring, hvarföre efter 15 dagar exstirperades äfven den andra testis, hvarpå hastigt god effekt äfven här uppstod efter operationen med afseende på urineringen, residualurinen och prostatas storlek. Sviter af betydelse observerades i intet fall efter operationen.

Floderus.

F. KAIJSER: **Ett fall af gangren å penis och scrotum.** Hygiea 1896, s. 157.

Man, 49 år. Paraphimosis under ett dygn. Efter reposition betydlig ansvällning. Såsom orsak till det onda anges styng af en »festing». Penis betäckning missfärgad och gangrenerande. Förändringen, som fortskred nedåt scrotum, gjorde att den slutliga huddefekten kom att sträcka sig öfver hela penis utom glans samt öfver hela undre hälften af scrotum, där testes hängde fram genom såret. Af de granulerande sårytorna tillslöts den nedre — i scrotum — med suturering, sedan den rensats genom afskrapning. Åt penis skaffades ny betäckning genom att lösa en bryggformad lambå ofvan penisroten, och föra lumen under den samma. Efter fastväxning löstes penis, och den utskurna lambåns sidoomfång hopsyddes längs dorsum. Defekten ofvan symfysen slöts genom transplantationer enligt THIERSCH. Slutresultatet godt. *J. Åkerman.*

P. PLUM: **Om Efterbehandling ved resectio coxæ.** Hosp.-Tidende R. 4, Bd 4, S. 111.

Forf. anbefaler i längere Tid at holde den resecerede Extremitet abduceret, endog noget mere abduceret, end det strängt taget er nödvendigt, for at Bäkkensänkningen kan udligne Forkortningen; ofte er det dog vanskeligt at få Benet fixeret i Abduktion; femur glider op under Gangen, hvorved en Abduktion indträder, en Stillingsforandring, som i höj Grad vanskeliggör Gangen. *Kr. Poulsen.*

ALRIK LINDH: **Sammanställning af narkosstatistiken från de nordiska länderna för året 1 mars 1894 till 1 mars 1895.** Nord. med. arkiv, 1895, n:r 23.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1895, n:r 26, s. 7.

Forhandlingerne ved Nord. kirurgisk Forenings 2det Möde i Kristiania 11—13 Juli 1895. Ved Overkirurg TSCHERNING, Foreningens Generalsekretär; med 4 Avtotypier. Nord. med. Arkiv, 1895, N:r 30.

Då dessa förhandlingar i sig själfva äro referat af vid mötet gjorda meddelanden och där förda diskussioner, hänvisas till originalet.

Psykiatri: G. BOLLING: Om användandet af sänghvilan för behandling af sinnessjuka.

G. BOLLING: **Om användandet af sänghvilan för behandling af sinnessjuka.** Hygiea 1896, I, s. 1.

Förf. redogör för erfarenheter utomlands med ofvan nämnda behandlingsmetod, och anser att den bör kunna komma till användning i ett stort antal fall, som för närvarande hänvisas till cellafdelningen. Behandlingen fordrar större bevakningspersonal och blir nog dyrare, men torde i längden blifva billigare på grund af de gynsamma resultaten. I synnerhet är det lämpligt att vid sjukdomsfall i en familj lägga patienten till sängs och anordna öfvervakning medelst särskild vårdare och ej genast afsända patienten till anstalt.

Edgren.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: P. HEIBERG: Stige og synke Antallene af Dödsfald af generel Parese på St. Hans Hospital i Forhold til Svingningerne i Antallene af Syfilitikere i Köbenhavn? — E. EHLERS: Brev til Overläge Dr. ARM. HANSEN. — G. ARM. HANSEN: Om Spedalskhed. — EHLERS: Replik til Overläge Dr. ARM. HANSEN. — G. ARM. HANSEN: Korrespondance.

P. HEIBERG: **Stige og synke Antallene af Dödsfald af generel Parese på St. Hans Hosp. i Forhold til Svingningerne i Antallene af Syfilitikere i Köbenhavn?** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 112.

I Fölge Overläge ROHMELL medgår der gennemsnitsvis 11½ År fra den syfilitiske Infektion til Udbruddet af Paresen, efter JACOBSON 12¼ År. Gennemsnitligt ansätter JACOBSON Paresens Varighed til 3 År; gennemsnitsvis skulde der forlöbe 15 År mellem Infektionen og Döden ved generel Parese. Hermed stemmer det, at Syfilis i Köbenhavn havde et maximum i 1869 og Dödsfaldene af generel Parese i 1884. I 1886 har der her atter väret et stort maximum af lues; det vil vise sig, om de förste År af det näste Århundrede ville bringe et tilsvarende maximum af Dödstilfälde ved generel Parese.

R. Bergh.

E. EHLERS: **Brev til Overläge Dr. Arm. Hansen.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 62.

G. ARM. HANSEN: **Om Spedalskhed.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 103.

EHLERS: **Replik til Overläge Dr. Arm. Hansen.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 136.

G. ARM. HANSEN: **Korrespondance.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd. 3, S. 154.

Replik- og Duplikskifte mellem Hr. E. og Hr. H. om forskellige Forhold ved Spedalskheden, om falsk Arvelighed, om Modtagelighed for Infektion (slet Ernäring), Forbud mod Ägteskab mellem spedalske, Helbredelighed, abortive Former, Klöeanästesi.

R. Bergh.

Obstetrik och gynekologi: J. KOHRO: Et Tilfälde af »missed abortion». — P. PRADON: Ett fall af »svåra förlossningar» behandladt med afmagringskur. — W. NETZEL: KÜSTNERS operation för uterusinversion. — A. O. LINDFORS: Ett fall af ventrofixatio uteri för prolaps; därefter hafvandeskap med lycklig utgång. — VILH. HEIBERG: Bemärkninger om retroflexio uteri og dens Behandling. — LEOPOLD MEYER: Om retroflexio uteri (med särligt Hensyn til Symptomer og Behandling). — AUGUST PETERSEN: Om det såkaldte maligne Deciduom. — G. NAUMANN: Kirurgisk kasuistik från Helsingborgs lasarett.

J. KOHRO: **Et Tilfälde af "missed abortion".** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1895, S. 1110—1111.

Forf. meddeler et Tilfälde af »missed abortion». Gift Kvinde, 2den Gang frugtsommelig. Sidste menses i Begyndelsen af September 1894. Hovedpine og Bräkninger. Juleaften Blödning, siden stadig Afgang af Blodvand. D. $^{20}/_{5}$ 95 stärkere Blödning. Undersögelse d. $^{28}/_{6}$: Fundus uteri midt mellem Navlen og Symfysen. Modermunden lidt åben. Tamponade. D. $^{29}/_{6}$ fjärnedes Tamponen, bag den lå Ägget. Dette var af en Knytnäves Störrelse; inde i samme fandtes Embryo, omtr. 1,5 Cm. langt.

Fosteret antages död i 2den Måned og tilbageholdt i Livmoderen til 10de Måned. *N. Quisling.*

P. PRADON: **Ett fall af "svåra förlossningar" behandladt med afmagringskur.** Hygiea 1896, I, s. 327.

En 28-årig, gift kvinna hade genomgått 2 förlossningar: första gången perforation, andra gången tång med dödt foster. Båda fostren skola hafva varit ovanligt stora. Vid tredje grossessen inleddes en afmagringskur, som fortsattes under de 4 sista graviditetsmånaderna, dock ej särdeles energiskt. Förlossningsarbete vid fullgången tid. Tång. Lefvande foster, vägande 9½ ℔ (= 4,038 gm).

I epikrisen medgifver förf., att det ej med bestämdhet kan påstås, att moderns afmagringskur, som på henne var fullt tydlig, inverkat på fostret, då det samma ju hade full medelvikt och ej var särdeles magert.

Westermark.

W. NETZEL: **Küstners operation för uterusinversion.** Hygiea 1896, s. 451.

Förf. redogör inledningsvis för KÜSTNERs fall, som offentliggjordes i Centralbl. f. Gyn. okt. 1893, meddelar därefter ett särdeles intres-

sant fall af en kronisk, puerperal uterusinversion, som han med framgång opererat enligt KÜSTNERs förslag. Fallet är följande: Patienten 31 år, gift V-para. Vid sista förlossningen uppkom sannolikt till följd af olämplig behandling af efterbördsstadiet en inversion, som första tiden visade mycket svåra symptom (blödning till medvetslöshet och abnormt sinnestillstånd). Sedermera synes hon hafva varit bättre, men 5 månader efter förlossningen fick hon återigen svåra blödningar. Emellertid kom hon först 7 månader efter förlossningen under lämplig behandling. Sedan behandling med kolpevrys och energiska repositionsförsök upprepade gånger utan framgång försökts, gjordes operation. Fossa Douglasii öppnades genom tvärsnitt af bakre fornix. Mot det i inversionstrakten införda pekfingret genomskars uteri bakre vägg i medellinien, hvarpå reinversionen gick lätt för sig. Uterus reflekterades och framdrogs med ett tenakel genom såret i bakre slidhvalfvet, hvarigenom det var lätt att fullständigt hopsy såret i uterus. Peritonealsnittet i fossa Douglasii och vaginalsnittet hopsyddes hvar för sig. Läkningen var reaktionslös. *Westermark.*

A. O. LINDFORS: **Ett fall af ventrofixatio uteri för prolaps; därefter hafvandeskap med lycklig utgång.** Upsala läkarefüren. förh., ny följd, bd 1, s. 291.

En 30-årig, gift, barnlös kvinna hade redan vid 15 års ålder fått en akut primär prolaps genom lyftning af en tung hövolm. Hon hade opererats 1889 (kolporaphia anterior och perineoraphia), men inom kort fått recidiv. Den 21 april 1895 gjordes ventrofixation med reaktionslöst förlopp. I augusti samma år blef hon gravid samt fick förlossningsvärkar på aftonen d. 4 april 1896. Följande dag på morgonen brusto hinnorna, hufvudet stod djupt, cervix var utplånad, men modermunnen öppnade sig icke. Efter incisioner i den samma anlades tång, och ett foster extraherades med stor lätthet. Därpå fans ännu ett foster, som inställde sig i vidöppen hjässbjudning och extraherades med tång. Puerperiet var reaktionslöst.

Förf. anser, att förlossningskomplikationen uteslutande var beroende på den af prolapsen betingade hypertrofiska indurationen af vaginalportionen, men det kan väl, enligt referenten, i fråga sättas, huruvida icke äfven uterusfixationen kan hafva varit orsaken till denna komplikation. *Westermark.*

VILH. HEIBERG: **Bemärkninger om retroflexio uteri og dens Behandling.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1, 25.

Retroflexio uteri er en abnorm Uterusstilling, der som oftest er kompliceret med en Sygdom i eller om uterus og adnexa uteri; dog kan den også findes ukompliceret, foranlediget ved en abnorm Slaphed af uteri Understöttelsesapparat. Enhver Retroflexion, kompliceret eller ukompliceret, bör behandles dels og fornemmeligt for Komplikationens Skyld, dels fordi den kan give Anledning til Komplikationer, og endeligt fordi den i og for sig kan fremkalde nervöse Forstyrrelser. Der meddeles 4 Sygehistorier, der vise den eklatante pludselige Virkning,

som Udretningen af en Retroflexion havde, og som ikke kunde tilskrives Suggestion. Hvad Behandlingen angår, da er Redressement og Fixation ved Pessarie at anvende ved ukomplicerede Retroflexioner; hvor denne Behandling af en eller anden Grund, hvad dog själdent indträffer, ikke kan anvendes, kan uterus fixeres ved ALQUIÉ-ADAMs Operation. Er Flexionen kompliceret, rettes Behandlingen så vidt muligt först mod Komplikationerne, da disse give de väsentligste Symptomer, og dernäst behandles Flexionen efter samme Regler som for de ukomplicerede Former. Operativ Indskriden *kan väre* indiceret, hvor Pessariebehandling er forsögt uden Resultat og der findes en Sygdom i Bäkkenorganerne, der kun kan angribes ved denne Operation, og den *er* indiceret, hvor Komplikationen absolut kräver en sådan Behandling. Forf. har 7 Gange foretaget Ventrofixation på 6 Patienter og 9 Gange vaginal Hysteropexi. Ved den *abdominale* Koeliotomi (Laparotomi) kan man altid angribe Komplikationerne på en fyldestgörende Måde og fixere uterus i en tilnärmelsesvis normal Stilling. Trods sine Ulämper (Ventralhernier og den större Risiko) må denne Metode for Öjeblikket anses for Normalmetoden. Den *vaginale* Koeliotomi kan ikke altid före til Målet, at angribe Komplikationerne. Den er afhängig af mange forskellige Momenter, så som Komplikationens Beskaffenhed og Dimension, og til Dels af Pladsforholdene i vagina. Dens Betydning som Hysteropexioperation er for Tiden omdisputabel. Hvor bägge adnexa uteri fjärnes, eller hvor Kvinden er udover Klimakteriet, kan den vel have sin Berettigelse; dog må man have in mente, at den bringer uterus fra en abnorm Stilling over til en anden. En vaginal Hysteropexi efter MACKENRODT-DÜHRSSENs Metode er näppe tilladelig på Kvinder, der have Mulighed for Graviditet. Men den vaginale Operation er i Sammenligning med den abdominale en så indbydende Vej til Åbning af Peritonäalkaviteten, at man må håbe, at Fremtiden vil udfinde bedre Metoder end dem, der nu haves, til ad denne Vej at fixere uterus i normal Stilling.

F. Nyrop.

LEOPOLD MEYER: **Om retroflexio uteri (med särligt Hensyn til Symptomer og Behandling).** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 93.

I et Foredrag om nävnte Ämne, holdt i medicinsk Selskab i København, udtaler Forf. som sin Overbevisning, at der må tillägges Retroflexionen en stor klinisk Betydning, og han polemiserer stärkt mod den modsatte Opfattelse. Han betragter Behandlingen med Pessarier som Hovedmetoden mod Retroflexionen, särligt ved de mobile Former; ved de fixerede Former kan der blive Tale om operative Indgreb for at påvirke Adhärencer og de muligvis syge adnexa.

I den påfölgende *Diskussion* (se Hosp.-Tid., R. 4, Bd 4, S. 249) deltoge Overläge VILH. HEIBERG, Prof. STADFELDT og Prof. HOWITZ. De udtalte sig väsentligt i Overensstemmelse med Foredragsholderen.

F. Nyrop.

AUGUST PETERSEN: **Om det såkaldte maligne Deciduom.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 1.

Det såkaldte maligne Deciduom er en overordentlig malign Uterintumor, der udvikler sig i Tilslutning til en Graviditet og giver sig til kende ved stärke vedholdende Metrorragier med påfölgenda Anämi. Dör Patienten ikke som Fölge af de voldsomme Blödninger, går hun til Grunde gennem Metastasedannelser i Lungerne, idet der ganske som ved en tuberkulös Lidelse af disse Organer opträder Hämoptyser og Pnevmonier. Sygdommens Forlöb er särdeles hurtigt. Da der hidtil ikke foreligger noget Tilfälde af denne Sygdom iagttaget fra dansk Side, har Forf. ment ved en Oversigtsartikel at henlede og skärpe Opmärksomheden lige over for denne alvorlige Sygdom, der frembyder så betydelige Vanskeligheder for Diagnosen, navnlig i det tidlige stadium, hvor der endnu, förend det er kommet til Metastasedannelse, kan väre Tale om at redde Patientens Liv, rigtig nok kun ved en total Hysterektomi. I en »Literaturfortegnelse» har Forf. samlet den allerede temmelig store Literatur, der findes om dette Ämne, og Resultatet af hans Studier er närvärende udförlige Fremstilling af Sygdommen.

F. Nyrop.

G. NAUMANN: **Kirurgisk kasuistik från Helsingborgs lasarett.** Hygiea 1896, I, s. 147.

3. *Cystoma ovarium intraligamentare. Enucleatio.*
4. *Cysta ovarii dextr. Peritonitis. Ovariotomia.*
5. *Cancer uteri et vaginæ. Exstirpatio uteri sacralis.*

Sjukhistoriernas innehåll angifvas af rubrikerna. Alla fallen gingo lyckligt, ehuru de i tekniskt hänseende erbjödo stora svårigheter.

Det första fallet gälde en 69-årig kvinna, som hade en stor tumör i buken, för hvilken hon upprepade gånger blifvit tappad. Sedan denna svulst, som utvecklat sig intraligamentärt, blifvit enukleerad, fans i lilla bäckenet ännu en cysta, som behandlades på samma sätt. Längst ned i bäckenet till vänster syntes ännu en 3:dje cysta af en apelsins storlek; denna kvarlemnades.

Den andra patienten var 36 år gammal och hade 3 månader före operationen märkt en tumör i buken. Hon hade därefter upprepade anfall af smärtor i buken och kräkningar samt hade magrat mycket men under tiden mellan anfallen känt sig frisk. Vid operationen låg cystan i en afkapslad håla. Cystan isolerades och aflägsnades. Hålan utsköljdes med sterilt vatten och uttamponerades med steril gas, som utleddes genom nedre delen af buksåret.

Den tredje patienten var 37 år gammal och hade genomgått 3 förlossningar, den sista för 3 år sedan. Symptom sedan ett år. Stor, lätt blödande svulstvegetation å portio vaginalis; uterus tämligen rörlig men något fixerad bakåt; i högra parametriet en lindrig infiltration. Efter tvänne utskrapningar och utbränningar af svulstmassan resp. 15 och 7 dagar före operationen gjordes sakral uterusexstirpation. Konvalescensen stördes af en rekto-vaginalfistel. Efter ett halft år hade patienten recidiv. *Westermark.*

Pediatrik: O. MEDIN: Om den infantila paralysien, med särskild hänsyn till dess akuta stadium.

O. MEDIN: **Om den infantila paralysien, med särskild hänsyn till dess akuta stadium.** Med 7 autotypier. Nord. med. arkiv, årg. 1896, n:r 1. 84 sid.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1896, n:r 5, s. 1.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: HJ. ANDERSON och E. KÄLLSTRÖM: »Folia uvæ ursi och några deras förväxlingar». — F. LEVISON: Om nogle Lägemidler, som i de senere År ere anbefalede ved Behandlingen af Urinsyrekonkrementer og Gigt.

HJ. ANDERSON och E. KÄLLSTRÖM: **"Folia uvæ ursi och några deras förväxlingar."** Nordisk farmacevt. tidskr., 1896, s. 33.

Förff. meddela resultaten af en komparativ, anatomiskt-histologisk undersökning af *fol. uvæ ursi*, *fol. Arctostaph. alpin.* och *fol. Gaultheriæ procumb.* Fol. uvæ ursi skilja sig från de *båda andra* genom sin mera mörkgröna färg och den osågade bladkanten; från *fol. Arctostaph. alpin.* genom sin läderartade konsistens och närvaron af kristallbildningar, hvilka saknas i de skrynkliga Arctostaphylosbladen, samt från *fol. Gaultheriæ procumb.* genom de polygonala epidermiscellerna och de ovala klyföppningarna, medan Gaultheriabladen hafva vågiga öfverhudceller och aflånga klyföppningar.

Beskrifningarna förtydligas af 7 bilder i texten.

C. G. Santesson.

F. LEVISON: **Om nogle Lägemidler, som i de senere År ere anbefalede ved Behandlingen af Urinsyrekonkrementer og Gigt.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 1.

Forf. gör först opmärksom på, at Urinsyreudfäldning i Urinen og Urataflejring fra Blodet, som tidligere ansås for Udslag af samme patologiske Proces, efter nyere Undersögelser må holdes ude fra hinanden, og at det ikke går an at slutte fra et Lägemiddels urinsyreoplösende Egenskab til dets Anvendelighed som antarthriticum. — De forskellige Undersögelser fra de seneste År af Piperazinets, Lysidinets og Uricedinets urinsyreoplösende Ävner refereres, og det bemärkes, at Uricedinet kun er en gammel Bekendt med et nyt Navn (väsentlig citras natricus). Närmere omtales Urotropinet, som Forf. selv har undersögt efter PFEIFFER og POSNERs Metode, og han har benyttet sin egen

Urin, der kun ved Brug af Alkali kan forhindres fra at udfälde Urinsyre. Herved nåes et Forhold, der så meget som muligt närmer sig Virkeligheden (Oplösning af Urinsyrekonkrementer hos Patienter med Udskilning af Urinsyre i Urinen). Vandig Oplösning af Urotropin (1 + 500) oplöste 15,4 % Urinsyre ved Pådrypning på Filter (Tiden ikke angiven). Efter Indtagelse af $1\frac{1}{2}$ Gm Urotropin oplöste 600 Kcm. Urin ved 40° C. ringe Mängde af Urinsyre ($\frac{1}{100}$) ved Pådrypning, to senere lignende Forsög (efter 2 Gm) viste ingen Oplösning, medens Henstilling i Termostat (37°) gav betydelig Oplösning ($\frac{1}{10}$) og 10 senere Termostatforsög viste Oplösning af 18,5 og 16,0 %. Urinsyrekonkrementer påvirkedes kun lidt. — Urotropinets gäringshindrende Ävne konstateredes; men ved Henstand i längere Tid (12 Dage) udfäldedes en Del fosforsur Kalk.

Forf. anbefaler at forsöge Urotropinet i Tilfälde af Urinsyreudskilning og ved pyelitis og cystitis, men gör opmärksom på den mulige Fare ved Udfäldning af fosforsur Kalk, og han fremhäver, at som tidligere ere Alkalier, särlig de alkaliske Vande, vore bedste Midler, ved hvilke vi ere i Stand til at hindre Konkrementdannelsen.

Chr. Gram.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: E. M. Hoff: Den civile Medicinallovgivning i 1894. — E. M. Hoff: Det kgl. Sundhedskollegiums Forhandlinger i 1894. — Dansk Sundhedstidende. — Jul. Lehmann: Sundhedsvedtägterne i 1895. — *Red.*: Om Besättelsen af Overlägeembeder ved Kommunens Hospitaler. — J. Holm og *Red.*: Den ny Hospitalsbygning på Frederiksberg. — Holstein: Den ny Hospitalsbygning på Frederiksberg. — T. M. Trautner: Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor København. — J. Carlsen: Dödsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer i 1874. — Engelsted: Om Samfundets Beskyttelse mod Prostitution og veneriske Sygdomme. — Ringberg: Studier over parotitis epidemica's Opträden i Danmark. — Schlotfeldt: Euberkulosespörgsmålet. — Sören-Hansen: Om Lungesvindsotens Dödelighed i København. — K. F. Andvord: Studier over Tuberkulosens Forekomst i Norge.

E. M. HOFF: **Den civile Medicinallovgivning i 1894.** Udgivet af det kgl. Sundhedskollegium. København 1895. 72 S.

Indeholder i kronologisk Orden alle Love, Resolutioner, ministerielle Bekendtgörelser m. m. vedrörende Medicinalväsenet i Kongeriget Danmark og Bilande fra Året 1894.

Ax. Ulrik.

E. M. HOFF: **Det kongel. Sundhedskollegiums Forhandlinger i 1894.** København 1895. 600 S.

Referater af de i Kollegiet forelagte Sager og de over samme afgivne Betänkninger. I Afsnit A omhandles Justitssager, deraf 21, der angå Spörgsmål om tvivlsom Tilregnelighed, 3 Barnefödsler i Dölgs-

mål, 74 Paternitetssager, 1 Mord, 3 Kvaksalveri. Under Afsnit B refereres andre af Kollegiet afgivne Betänkninger. Af de i dette Afsnit omhandlede Sager fremhäves: Oprettelse af et Stadslägeembede på Frederikeberg, Forslag til Omordning af Jordemoderundervisningen m. m.

Ax. Ulrik.

Dansk Sundhedstidende. 1ste Årgang.

Under ovenstående Titel er fra Januar 1896 påbegyndt et 14 Dages Tidsskrift, redigeret af T. M. TRAUTNER, J. CARLSEN og C. LORENTZEN. Bladet vil i populär Form behandle alle Sundhedsplejen vedrörende Spörgsmål. *Ax. Ulrik.*

JUL. LEHMANN: **Sundhedsvedtägterne i 1895.** Ugeskr. f. Läger, R. 5 Bd 3, S. 152.

Ved Udgangen af 1895 vare Äröskøbing og Marstal de eneste Byer, der ingen Sundhedsvedtägter have. I Landkommunerne tilkom 11. 14 äldre Vedtägter ombyttedes med nye.

Ax. Ulrik.

Red.: **Om Besättelsen af Overlägeembeder ved Kommunens Hospitaler.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 88.

Anke mod den hidtil fulgte Forretningsgang, i Fölge hvilken Stadslägen har Indstillingsret ved Overlägeembedernes Besättelse.

Ax. Ulrik.

J. HOLM og *Red.*: **Den ny Hospitalsbygning på Frederiksberg.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 15.

Korrespondance i Anledning af en af Red. af Ugeskr. for Läger fremsat Kritik af HOLMs Holdning under Hospitalsagens Behandling i Fredriksberg Kommunalrepräsentation, af hvilken han er Medlem.

Ax. Ulrik.

HOLSTEIN: **Den ny Hospitalsbygning på Frederiksberg.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 35.

Overläge H. fralägger sig Andel i den af Kommunalbestyrelsen vedtagne, utilfredsstillende Hospitalsplan.

Ax. Ulrik.

T. M. TRAUTNER: **Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor Köbenhavn.** Udg. 14/11 95. Köbenhavn 1895. 32 S.

I 1895 var Antallet af Foreninger 144 med 196 Sygeplejersker; i 49 Byer fandtes 55 Foreninger med 95 Sygeplejersker, på Landet 89 med 101. Af 19 Foreninger er der gjort Skridt til Dannelse af et Alderdomsfond for Sygeplejersker.

Ax. Ulrik.

J. CARLSEN: **Dödsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer i 1874.** Udgivet af det kgl. Sundhedskollegium. Köbenhavn 1895.

Det samlede Antal af de i de danske Byer i 1894 indtrufne Dödsfald (exkl. dödfödte) udgjorde 14 927 (6 378 i Köbenhavn og 8 549 i Provinsbyerne), svarende til omtrent 18 p. m. af Befolkningen (efter Folketällingen for 1890 med kalkuleret Tilväxt for Köbenhavn og Frederiksberg 774 820). En tabellarisk Opgörelse af hver enkelt Bys Dödelighed er udarbejdet efter de samme Regler som i de for de to foregående År udkomne Häfter. *Ax. Ulrik.*

ENGELSTED: **Om Samfundets Beskyttelse mod Prostitution og veneriske Sygdomme.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 27, 49, 73.

Til Orientering i Spörgsmålet om den i Fölge Lov kontrolleréde Prostitutions Berettigelse gives en Fremstilling af de veneriske Sygdommes Smittefarlighed og Midlerne til deres Bekämpelse, end videre af Kontrollens Udsträkning og Måden, hvorpå den gennemföres. Desuden gives en kort Oversigt over de i forskellige Lande gäldende Bestemmelser og de her og andensteds fremkomne Forslag til Omordning af de for Prostitution og Kontrol gäldende Regler. Aftryk af Lovene om Foranstaltninger til at modarbejde den veneriske Smittes Udbredelse af 10 April 1874 og 1 Marts 1895 ere vedföjede.

Ax. Ulrik.

RINGBERG: **Studier over parotitis epidemica's Opträden i Danmark.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 97.

Forf. har efter Medicinalberetningerne samlet Oplysninger om Forekomsten af parotitis epidemica i Danmark i Årene 1870—1894 og fundet, at i denne Periode ere 58 331 Tilfälde anmäldte; den höjeste Sygelighedskvotient af denne Lidelse findes 1876 med 2 p. m. af Befolkningen, den laveste 1892 med 0,46 p. m. Den störste Hyppighed viser Sygdommen i Månederne Marts og April, den mindste i Avgust og September. Sygdommen er endemisk i Landets större Provinsbyer, medens de mindre, perifert liggende, kun rammes af og til; i de små Byer kan det undertiden lykkes at före Epidemien tilbage til en indfört Smitte; i övrigt synes parotitis at väre temmelig jävnt udbredt over Landets forskellige Dele; den opträder sädvanlig i Epidemier, der voxe i Störrelse i nogle År, så kommer nogle År med små Tal, og dernäst tager Sygdommen atter fat. Barnealderen, särlig Alderen 5—15 År, viser de höjeste Tal. Mänd synes at angribes hyppigere end Kvinder, dog er dette ikke ganske pålideligt og skyldes måske tilfäldige Omständigheder (Garnisonsinfektion — Bevärtningsliv m. m.)

Ligesom i Udlandets Beretninger omtalt, kan der i Danmark også forekomme meget alvorlige Tilfälde af parotitis, endog letale. I en Solaterepidemi fik 70 % af Patienterne orchitis, og i 3 Tilfälde i samme Epidemi kom der dybe Sänkninger på Halsen m. m. 12 Gange nävnes, at Patienter for anden Gang ere blevne angrebne af Sygdommen med frit Mellemrum af fra 6 År til et Par Måneder.

Inkubationstiden er ikke pålidelig oplyst af Meddelelserne.

F. Levison.

SCHLOTFELDT: **Tuberkulosespörgsmålet.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 61.

Notits om formodet Immunitet mod Tuberkulose blandt Tatere på Jyllands Heder. *Ax. Ulrik.*

SÖREN-HANSEN: **Om Lungesvindsotens Dödelighed i Köbenhavn.** Ugeskrift f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 121.

Ad statistisk Vej påvises en betydelig Aftagen af Svindsotsdödeligheden i de sidste Decennier, nemlig fra 3,6 p. m. af Befolkningen i 1874 og 1875 til 2 p. m. i 1894. Denne Nedgang, for hvilken der i tabellarisk Form göres udförlig Rede for hver enkelt Aldersklasse, tilskrives — näst forbedrede hygiejniske Forhold og muligvis Indvandring af sund Landbefolkning — for en Del også den Profylaxe og Terapi, som efter Tuberkelbacillens Opdagelse har udviklet sig på basis af den ny Opfattelse af Ätiologien.

Ax. Ulrik.

K. F. ANDVORD: **Studier over Tuberkulosens Forekomst i Norge.** Norsk Magaz. f. Lägevid., Decbr. 1895.

Det foreliggende Arbejde bringer en indgående Undersögelse over Hyppigheden af Tuberkulose i de forskellige Dele af Norge samt over Indflydelsen af forskellige Momenter, der kan antages i denne Henseende at väre af Betydning. For alle Landets Amter har Forf. tabellarisk sammenstillet Dödsfaldene af Lungetuberkulose fra 1867—92 i Tre- til Femårs Grupper.

Foruden at angive Tuberkulosemortaliteten i Procent til samtlige kendte Dödsfald og til ikke-epidemiske Dödsårsager har han også beregnet Forholdet til 1000 levende; da for det hele Land Dödsårsagen kun er kendt i 50 til 60 %, har han ved denne Beregning gået ud fra en lige stor Dödelighed af Tuberkulose blandt de ikke kendte som blandt de kendte Dödsårsager. Alle Tilfälde af Tuberkulose med andet Säde har han slået sammen til en Gruppe som »övrige Tuberkuloser» og finder at Forholdet mellem disse og Lungetuberkulose er temmelig konstant såvel med Hensyn til Tid som Sted, idet det vexler mellem 3,0 og 4,5. Den samlede Tuberkulosedödelighed viser stor Forskellighed i de forskellige Landsdele, idet den gennemsnitlig i 25 År varierer mellem 1,8 ‰ (Nordre Bergenhus Amt) og 6,08 ‰ (Lister og Mandals Amt); dette Forhold fremstilles på en meget overskuelig Måde ved et medfölgende Kort, hvor de af Tuberkulose mest hjemsögte Distrikter er mörkest, de mindre hjemsögte lyst farvede. I det hele viser Landets sydligste Amter sig stärkest, de vestlige mindst angrebne. Dödeligheden i Byerne er som Regel noget större end for det omgivende Landdistrikt; dog viser der sig fra denne almindelige Regel flere Undtagelser. Hverken Klima eller Jordbundens Beskaffenhed synes at väre af synderlig Betydning. Hvad Alderen angår, viser der sig en stärk Dödelighed i Börnealderen, navnlig i förste Leveår, hvor Dödeligheden er större end i nogen anden Aldersklasse.

Afhandlingen byder särdeles meget af Interesse; af Hensyn til Pladsen må vi imidlertid indskränke os til at pege på en Del af det väsentligste, idet Hensigten hovedsagelig har väret at henlede Opmärksomheden på dette betydningsfulde Arbejde.

Jens Bugge.

Militär hälsovård: BREUNING-STORM »Det röde Kors» og Sökrigen. — VOGELIUS: Om Brugbarheden af de värnepligtiges Fodtöj. — JOHAN KIER: En ny Kasernebadeanstalt i København.

BREUNING-STORM: **"Det röde Kors" og Sökrigen.** Militärlägen, Årg. 4, S. 1.

Forf. beklager det utilfredsstillende Resultat af de gentagne Forhandlinger på Röde-Kors-Konferencerne vedrörende Spörgsmålet om Genferkonventionens Udvidelse til også at omfatte Sökrige. De dertil sigtende Bestemmelser i Tillägsartiklerne til denne Konvention af 20de Oktober 1868 have endnu ikke fået officiel Stadfästelse, og der mangler stadig et bestemt Program for, hvorledes Röde Kors skal opträde aktivt under en Sökamp. *Joh. Möller.*

VOGELIUS: **Om Brugbarheden af de värnepligtiges Fodtöj.** Militärlägen, Årg. 4, S. 29.

I Fortsättelse af en tidligere Meddelelse i Militärlägen (Årg. 3, S. 180, ref. i Nord. med. Arkiv 1894, Nr 35, S. 31) giver Forf. atter en Oversigt over Fodtöjets Tilstand hos et Fodfolksrekruthold. Af 497 Rekrutter mödte 334, d. e. omtr. 66 %, med brugeligt Fodtöj, 163, d. e. omtr. 33 %, med mindre brugeligt; hos 51 af disse sidste, d. e. 10,26 % af samtlige Rekrutter, var Fodtöjet således beskaffent, at dets Brug måtte anses for absolut skadeligt for Manden. Af dette Rekruthold behandledes på Garnisonssygehuset 21 Rekrutter for Stövletryk og deraf fölgende Lidelser med i alt 163 Sygedage. — Forf. meddeler Ordlyden af den trykte Seddel, som nu leveres enhver, der udskrives på Sessionerne, og som indeholder Vejledning angående, hvilket Fodtöj der rettest medbringes af Mandskabet, når det möder ved Hären. Til denne Vejledning foreslår Forf. enkelt Ändringer og Tilföjelser.

Joh. Möller.

JOHAN KIER: **En ny Kasernebadeanstalt i Köbenhavn.** Militärlägen, Årg. 4, S. 20.

Beskrivelse af en i Sölvgadens Kaserne opfört Badeanstalt, der toges i Brug i Maj 1895. Foruden Bade i Stueetagen rummer Bygningen tillige Infirmerilokaler i 1. Etage, og Loftsetagen giver Plads til Vandbeholdere, Depot for Infirmeriet m. m.

Badeanstalten består af et Väntevärelse, 3 Af- og Påklädningsvärelser og et Baderum med 12 Badeceller til tempererede Brusebade;

disses Temperatur reguleres ved en Blandingshane, således at den i Begyndelsen er 30° C. og gradevis bringes ned til 15° C. De 3 Af- og Påklädningsrum tilstede, at samtidig 3 Hold, hvert på 12 Mand, kunne väre i Virksomhed, et med Afklädning, et med Badning og et med Påkläduing, og det har vist sig, at der kan gives 240 Brusebade i 1 Time. Til hvert Bade er beregnet 40 Liter Vand; Baderummet opvarmes ved Damp og er vel ventileret. — Desuden findes i Af- og Påklädningsrummene langs med Längdeväggene Bruser til Fodbade, der kunne gives tempererede; Bruserne ere anbragte over en Rende til Vandets Aflöb; der kan gives 400 Fodbade i Timen.

Oven over Badeanstalten med en Etageadskillelse af Jerndragere og Monierhvälvinger findes 2 *Regimentsinfirmerier*, hvert bestående af en Sygestue til 12 Mand, en Korridor med Vaskeapparater, en Spisestue, samt et Rum med Kloset og Pissoirskål.

Joh. Möller.



Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. N:r 16.

Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXVIII.

N° 11.

CHR. ULRICH: **La Tyrosine dans l'urine humaine. Un nouveau caractère de cette substance.**

Par des recherches publiées dans ces archives en 1894, l'auteur a démontré que, dans la règle, la leucine se trouve dans l'urine physiologique de l'homme. Les études dont il s'agit ici, ont donné le même résultat quant à la *tyrosine*. Cette substance doit probablement son origine au contenu de l'intestin, car on ne la trouve jamais dans les organes frais ni dans le sang. Elle est présente dans la grande majorité des urines pathologiques, fait dont l'analogie avec l'état physiologique est vraisemblable. L'auteur l'a démontré dans des cas de cirrhose hépatique, cancer du foie, lithiase biliaire, maladie de WEIL, ictère catarrhal, néphrite chronique, cystite, goutte, leucocythémie, bronchite chronique, bronchiectasie, empyème, tuberculose, fièvre typhoïde, névrasthénie, hystérie, glycosurie etc.

Dans le diabète sucré, les urines ne contiennent que rarement de la tyrosine, et *elle manque spécialement dans le diabète grave.* [1])

M. ULRICH est disposé à interpréter cet état des choses par l'admission d'une influence d'affections concomitantes pancréatiques; on sait que c'est à celles-ci que les auteurs attribuent certaines altérations du ferment glycolytique (présumé par LÉPINE) et du suc pancréatique. Si cette hypothèse est valable, l'absence de la tyrosine urinaire peut être considérée comme un critérium de la forme pancréatique du diabète.

Pour chercher la tyrosine dans l'urine, l'auteur a profité de ce que cette substance est sublimable, propriété jusqu'à présent inconnue. Voici les éléments principaux du procédé appliqué: En chauffant lentement, jusqu'à carbonisation, l'urine déjà évaporée au bain-marie, la

---

[1]) On sait que la leucine fait défaut dans la même catégorie pathologique.

tyrosine se sublime sur les parois du vase (v. la fig.), où elle se présente pure sous la forme de cristaux propres aux épreuves chimiques et aux expériences.

N° 12.

GUSTAF AHLSTRÖM: **Sur l'empyème des sinus frontaux.**

Trois cas, dont deux ont été opérés avec un excellent résultat, par la trépanation de la paroi antérieure du sinus.

I. *Harald N.*, 25 ans, me consulta, la première fois, le 11 juin 1893. Il avait ressenti parfois, les mois précédents, une certaine douleur au-dessus de l'oeil gauche, et la peau de l'angle intérieur était de temps à autre légèrement rouge. Entre ces intervalles l'état était normal. Antérieurement, il avait été fréquemment gêné par un écoulement considérable et tenace du nez; 6 semaines avant son arrivée à l'hôpital, il commença à remarquer, à la paupière supérieure, une forte tuméfaction qui augmenta peu à peu; il survint de la sensibilité au toucher, avec migraine intense; quand il se mouchait, il sortait un pus abondant. La première fois que je le vis, la peau de la racine du nez et de la paupière supérieure gauche était rouge. Au bord supéro-interne de l'orbite, au-dessus du ligament palpébral, se trouvait une tuméfaction diffuse, de consistance à peu près solide, légèrement élastique; aucune fluctuation. L'oeil quelque peu dévié en dehors, la mobilité normale; la conjonctive légèrement hypérémique à l'angle interne; le bulbe normal à part cela; aucune sécrétion du sac lacrymal. Rhinite chronique avec tuméfaction considérable du méat moyen. Aucun symptôme de syphilis ni de tuberculose; il lui fut impossible d'indiquer une lésion traumatique quelconque. Comme il ne voulait pas se soumettre à une opération, j'ordonnai des compresses chaudes sur l'oeil. Le 3 juillet, il se présenta de nouveau, et la migraine, auparavant pénible à l'excès, avait à peu près disparu. Un pus abondant, fétide, jaune verdâtre, s'écoulait d'une ouverture dans la partie nasale de la paupière supérieure de l'oeil, à environ ½ centimètre au-dessus de l'angle interne; la paupière fortement oedemateuse; chémosis considérable, le bulbe dévié en dehors. La pression sur les paupières provoquait l'expulsion de pus de la fistule, et je fus à même de constater qu'un fragment d'os saillait légèrement hors de l'ouverture; je réussis, à l'aide d'une pincette, à enlever une lamelle d'os, ce qui amena un fort écoulement de pus. L'os nécrotisé est de forme ovale, de 12 mm. de long sur 5 mm. de large, et présente une foule de perforations très fines. L'épaisseur en est à peu près celle d'une coquille d'oeuf; l'une de ses surfaces, légèrement concave, est lisse; l'autre, un peu convexe, est par contre rugueuse. A l'aide d'une sonde, il était facile de pénétrer par la fistule dans le sinus frontal très large. Le malade ne voulut pas se soumettre à une opération, et quand je le revis pour la dernière fois le 21 janvier 1894, il restait, au bord supéro-interne de l'orbite, une fistule d'où, suivant ses données, s'échappait pério-

diquement un pus abondant; on apercevait, au côté gauche, une saillie de la bosse frontale et de la paroi orbitaire du sinus.

II. *Carl A.*, 66 ans. Il lui survint, il y a 6 ans, une tuméfaction à la paupière gauche supérieure. Il lui était impossible d'indiquer de lésion traumatique, et il n'avait pas eu d'écoulement spécial du nez. Douleurs intenses. Il paraît avoir été pratiqué une incision suivie d'un écoulement abondant de pus. Les symptômes inflammatoires disparurent ensuite, mais ils furent remplacés par un suintement de mucosités et de pus d'une ouverture à la paupière supérieure. Ma première exploration, le 22 octobre 1894, me fit découvrir au côté gauche un ectropion cicatriciel à la paupière supérieure, dû à ce que la peau offrait, environ vers le milieu de cet organe, une adhérence au rebord orbitaire, où une dépression se poursuivant en forme de fistule s'étendait au-dessous du plafond de l'orbite et laissait couler une assez grande quantité de pus. En haut et en dedans, la paroi orbitaire bombait légèrement dans l'orbite; le bulbe normal. Aucun symptôme de syphilis ni de tuberculose; rien à signaler dans la cavité nasale. J'opérai, avec narcose, le sondage de la fistule. Ce ne fut que lorsque j'eus recourbé la pointe de la sonde en angle droit, que je réussis à découvrir une petite défectuosité dans le plafond de l'orbite. Elle était située à 1 centimètre du bord de l'orbite, derrière l'incisure supra-orbitaire; des lavages pratiqués ensuite par la fistule amenèrent l'évacuation de grandes quantités de pus, mais rien ne sortit de l'ouverture nasale. Le 26 novembre, j'entrepris l'opération. Mon intention était d'employer la méthode proposée par PANAS, savoir la trépanation de la paroi antérieure du sinus et le drainage par le conduit naso-frontal. J'appliquai, suivant les indications de GUILLEMAIN, à la partie médiane de la paroi antérieure du sinus, une couronne de trépan de 1 centimètre de diamètre; au soulèvement de la lame osseuse, la muqueuse sous-jacente se présentait comme une membrane molle, légèrement tendue, d'un bleu gris. La cavité était principalement dilatée dans la direction d'avant en arrière. Afin de pouvoir faire usage de la sonde de Panas, j'élargis, à l'aide du ciseau, l'ouverture de trépanation dans le sens de bas en haut sur une étendue d'environ ½ centimètre. Malgré des essais réitérés, il fut toutefois impossible d'engager la sonde dans le canal frontal, qui paraissait totalement oblitéré. Je réussis, après quelque résistance, à introduire la sonde de Bowman N° 6, mais il me fut tout aussi peu possible qu'auparavant d'y faire pénétrer celle de Panas. J'abandonnai par conséquent toute tentative ultérieure avec cette sonde. J'introduisis un drain par l'orifice de trépanation, et je pratiquai plusieurs fois par jour le nettoyage du sinus avec une solution de sublimé de 1 : 5000; le conduit nasal se montra toujours perméable. L'état du malade s'améliora d'une façon relativement rapide grâce à ce traitement, de sorte que lorsqu'il sortit, le 22 décembre, par conséquent moins d'un mois après l'opération, il se trouvait parfaitement rétabli. Depuis lors, l'état de sa santé n'a rien laissé à désirer, et le résultat a été des plus satisfaisants, même au point de vue cosmétique.

III. *Nils B.*, 33 ans. Me consulta le 20 mai 1895. Il avait commencé à ressentir, 3 semaines auparavant, des douleurs violentes au front, principalement au-dessus de l'oeil droit, et une migraine intense qui a continué depuis lors; la paupière supérieure du côté droit se tuméfia, et un pus abondant commença à s'écouler de la narine droite. L'incision fut alors pratiquée par un autre médecin à travers la paupière supérieure, et provoqua la sortie d'une forte quantité de pus. Le sujet ne pouvait indiquer aucune cause spéciale de la maladie.

A mon premier examen, la peau présentait une vive rougeur à la racine du nez, à la partie inférieure du front et à la paupière supérieure.

Cette dernière, énormément tuméfiée, d'une consistence pâteuse, recouvrait en partie la paupière inférieure; exophthalmie intense; déviation en bas et en dehors du bulbe à peu près immobile. La conjonctive chémotique. L'ophthalmoscope fit voir une dilatation des veines de la rétine. De l'ouverture nasale de droite, de même que d'une incision dans la paupière supérieure, s'écoulait un pus jaune abondant, mélangé de masses caséuses blanches de diverses dimensions. Le rebord orbitaire supéro-intérieur légèrement bombé en avant. Le sondage par l'incision fit découvrir une défectuosité dans la paroi orbitaire supérieure, à environ ½ centimètre derrière le rebord de la paroi nasale de l'orbite. Le sinus dilaté. Le 27 mai, je procédai à la trépanation et à l'égalisation au ciseau de la paroi antérieure. La muqueuse épaissie et d'un rouge vif; le canal frontal facilement perméable, ce qui permit d'introduire un drain à l'aide de la sonde de Panas. Le résultat en fut toutefois l'arrêt total de l'écoulement par le canal, empêchant l'issue aussi bien du pus que de l'eau de lavage, circonstance due à la compression exercée par les parois solides du canal, ce qui força d'enlever le drain. Le traitement consista en nettoyages de sublimé, d'hypermangate de potassium et de chlorate de zinc. Au bout de sept semaines de traitement, le malade se trouva libéré de la suppuration.

N° 13.

H. ADSERSEN: **Sur le poids des nourrissons malades.**

Les matériaux de cette étude proviennent de la policlinique du »Marthahjem» (Copenhague) pour les années 1891—94.

L'auteur y traite les questions suivantes: 1, morbidité de la première année de la vie; 2, poids des nourrissons malades; 3, proportion entre la morbidité et le poids. Mr A. compare en outre la morbidité avec la mortalité, de même que le poids des enfants malades avec celui des enfants sains, et il dresse un plan schématique des proportions du poids physiologique des sexes, pendant le cours de l'année astronomique, basé sur des recherches relatives au poids des nouveau-nés.

L'auteur démontre: que la morbidité des nourrissons ne diminue pas d'une manière égale dès la naissance jusqu'à la fin de la première

année de la vie, mais qu'elle décroît et s'accroît selon des lois fixes; que la morbidité des filles, moindre en général que celle des garçons, la dépasse vers la fin de l'année; et enfin que la mortalité suit une marche similaire. Pendant le cours de l'année astronomique, la morbidité des deux sexes atteint son maximum dans le courant du troisième trimestre; la morbidité des filles excède celle des garçons aux mois de janvier et d'août; à ces exceptions près, elle est moindre que celle du sexe mâle. La différence entre les sexes s'accuse du reste principalement en ce que les oscillations arrivent de 1 à 2 mois plus tard chez les filles que chez les garçons. La mortalité, au contraire, se distingue par le fait que les oscillations se présentent à la même époque chez les deux sexes; chez les garçons, les oscillations de la mortalité s'accusent plus tard que celles de la morbidité, mais on constate chez les filles une coïncidence prononcée entre les périodes des oscillations de la mortalité et celles de la morbidité.

Quant au poids, il est possible de démontrer chez les nourrissons sains un accroissement plus fort ou plus faible conformément aux périodes connues de Mr Malling-Hansen; d'un autre côté, les nourrissons se distinguent des enfants plus agés en ce que chez les premiers la perte du poids, si elle a lieu, est essentiellement passagère dans les conditions physiologiques.

Il résulte en outre des constatations faites, que le poids des nouveau-nés diffère selon la saison de l'année où ils naissent, et que la courbe de poids de l'année chez les garçons nouveau-nés est conforme en général à la courbe de Mr Malling-Hansen pour les garçons un peu avant la puberté. La courbe de poids des filles nouveau-nées offre de plus grandes amplitudes que celle des garçons, mais montre d'ailleurs des oscillations pareilles; elle est seulement déplacée de 1—3 mois vers le commencement de l'année en proportion de celle des garçons. Quant à ce qui, dans la courbe des nouveau-nés, n'est pas conforme à la courbe de Mr Malling-Hansen, la cause essentielle, — déduction faite des différences du poids des sexes, — s'en trouve peut-être dans ce que les recherches de Mr M.-H. et celles de l'auteur ont rapport à des années astronomiques différentes. Cette circonstance est du reste confirmée par le fait qu'il est possible de démontrer un accord prononcé entre les oscillations des courbes du poids chez les nourrissons sains dans les années 1891 à 1894 ou au voisinage de ces années.

Les courbes de poids des nourrissons malades montrent également la concordance des oscillations tant avec les courbes des nouveau-nés qu'avec celles des nourrissons sains, mais les courbes des enfants malades se déplacent chez les deux sexes, du côté du plan horizontal vers la fin de l'année, du côté du plan vertical, tantôt plus tantôt moins, suivant l'époque; et bien que l'on reconnaisse clairement que le poids des deux sexes est faible à l'époque de l'année où la morbidité est grande dans notre pays parmi les nourrissons, on retrouve néanmoins le type physiologique dans la totalité des matériaux du poids pathologique, non-seulement en considérant le poids selon les mois de la vie, mais aussi en le considérant selon l'année astronomique.

Bien que les processus pathologiques aient par conséquent une influence entravante prononcée sur le développement du poids physiologique, il ressort pourtant clairement que ce n'est pas exclusivement la morbidité qui détermine les proportions du poids chez les enfants malades, et quoiqu'il soit hors de doute que c'est à des particularités ayant des relations avec l'organisme infantile et son développement qu'il faut attribuer la cause essentielle des proportions de la morbidité, on peut, d'un autre côté, soutenir en toute sûreté que ce n'est pas le côté de la vie physiologique trouvant son expression dans les proportions du poids qui constitue le principe dominant, ou, dans tous les cas, le seul principe régnant, à l'égard de la morbidité en général.



Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

Om extrauterin Graviditet.

Af

Dr. C. STUDSGAARD.
(Kommunehospitalets 1:ste Afdeling.)

Med 4 Träsnit.

Den extrauterine Graviditet hörer heldigvis til de själdnere forekommende Sygdomme, da den altid truer Moderens Liv og er vanskelig både at erkende og at behandle. I de sidste 20 År er der kun forekommet 18 Tilfälde på Kommunehospitalets kirurgiske og medicinske Afdelinger, om det end er muligt, vel endog ret sandsynligt, at Sygdommen i latent Form har väret tilstede hos en Del flere Patienter, der ere behandlede under Diagnosen Hämatocele, hvor Svangerskabet er afbrudt på et tidligt Tidspunkt ved Ruptur med Resorption og Helbredelse, uden at man har kunnet erkende Blödningens egentlige Årsag.

Extrauterint implanterer Ägget sig hyppigst i tuba, enten i dens uterine Del — *graviditas tubo-uterina* eller *interstitialis*, hvortil kan regnes Ägudvikling i et rudimentärt Horn af uterus, — eller i selve tuba — *graviditas tubaria* — eller endelig i den abdominale Ende af tuba — *graviditas tubo-abdominalis*. Hyppigheden af disse 3 forskellige Arter forholder sig indbyrdes således, at den tubare er almindeligst (BANDL angiver, at $\frac{2}{3}$ af alle Tilfälde ere tubare); de 2 andre Arter ere själdnere, den interstitielle måske mindre hyppig end den tuboabdominale, hvis Betingelser for videre Udvikling ere gunstigere end det interstitielles, der snarere afbrydes i den förste Tid, så at Opmärksomheden vel også mere henledes på det tuboabdominale.

Desuden forekommer der, som det synes, utvivlsomme Tilfälde af Ovarialgraviditet, hvor Ägget er blevet befrugtet i selve Ovariet og er udviklet videre der på Stedet, idet Befrugtningen efter SCHROEDERS Mening da er sket efter Folliklens Bristning; Ägget udstödes ikke, men voxer ud af Spalten og får en intraovarial placenta. Fremgangen kunde også tänkes således, at Spalten lukker sig over det befrugtede Äg, der så udvikler sig i Ovariet som en egen Art Ovariekyste, eller at Spermatozoer kunne tränge ind gennem en ikke bristet GRAAFsk Follikel og befrugte Ägget, som bliver på sin Plads. Denne Art af extrauterin Graviditet er meget själden, og en Del Sektionsfund, tydede af Forfatterne som sådanne, have snarere väret tubo-abdominelle enten med Sammenvoxning af Ovariet til tuba, eller hvor Rester af Ovariet fandtes i Egnen af tuba, der gik op i Frugtsäkken, f. Ex. LEOPOLDS Tilfälde af Ovarialsvangerskab (Arch. f. Gynaecol. 1882). PATENKO, SPIEGELBERG og PUECH have derimod beskrevet (i samme Tidsskrift) Fund, der ikke lade sig forklare anderledes end som rene Ovarialsvangerskaber.

Endelig er der diskuteret en Del om, hvor vidt en graviditas abdominalis forekommer i den Forstand, at et befrugtet Äg, i Steden for at vandre ind i eller gennem tuba, forfejler Vejen, implanterer sig et eller andet Sted i cavum peritonæi og voxer videre der. Bevisende Sektioner fra de förste Måneder har jeg ikke kunnet finde, og ved Sektioner fra et senere Tidspunkt har Ägget i Regelen så mange Sammenvoxninger med tuba og de övrige Bäkkenorganer, at det bliver tvivlsomt, om Frugtsäkken dog ikke oprindelig er udviklet i den abdominelle Ende af tuba. BANDL tror ikke på Forekomsten af denne Art som rent abdominelt og mener, at Ägget kan voxe ud af tuba og tage Tilhäftninger til Naboorganerne, medens tuba lidt efter lidt lösner sig og sluttelig bliver helt fri, så at den abdominelle Frugtsäk er en sekundär Udvikling. Betingelserne for, at Svangerskabet kan skride frem, ere måske noget gunstigere for det primärt eller sekundärt abdominelle og ovariale, end for de forskellige Arter af det tubare, der er mere udsat for Ruptur.

Fölgende Tilfälde synes os at måtte tydes som et Exempel på et primärt abdominelt Svangerskab; der blev nemlig gjort Laparotomi med Exstirpation af Frugtsäkken, og, medens denne med sit indesluttede Foster skönnedes ikke at väre äldre end

6 Uger, kunde der ikke påvises nogen Forbindelse mellem tubæ og Ovarier med Frugtsäkken.

P. M., gift, 33 År, indlagdes d. 7/9 95, udskreves d. 9/11 95. Rask som Barn, menses sparsomme, regelmässige, ophörte for ½ År siden. Förste og eneste Födsel for 7 År siden, med normalt Forlöb. I de sidste 6 År hyppig Vandladning med Skären og plumret Urin (gonorrhœa?). For 5 Uger siden Smerter i Bäkkenet, og nogle Dage efter begyndte småt sivende Blödning fra vagina, og den har holdt sig til Indläggelsen. I övrigt Velbefindende. Urinen er normal. Uterus er anteflekteret, lidt latero-verteret til venstre, collum kort og bred, Bevägeligheden formindsket, Kavitetens Längde 7 Cm. En temmelig fast, dog lidt dejagtig, glat Svulst som en lille knyttet Hånd, hvälver sig ind i fossa Douglasii og mod rectum, skilt fra uterus ved en Fure, men i nöje Sammenhäng med dens Bagflade; bägge tubæ föles noget svulne, löbende temmelig lige udad; Ovarierne kunne ikke palperes. Da hun fik Opkastninger, stärkere Smerter og den sivende Blödning vedblev, d. 13/9 95: *Laparotomi.* Hist og her på Tarmene mindre, friske Blodkoagler; Svulsten, der lå som beskrevet, var adhärent til uterus og Tarmene i det lille Bäkken samt til Bäkkenväggen til höjre; den udlöstes nogenlunde let under en mindre betydelig Blödning; den var noget fladtrykt forfra bagtil, Overfladen overalt granuleret; ingen Stilk; Ovarierne kom ikke til Syne, og tubæ vare indlejrede i äldre Exsudathinder. Noget Blod fra fossa Douglasii fjärnedes; men der vedblev at samle sig Blod, hvorfor en Mèche indlagdes gennem nederste Sårvinkel og Såret forenedes. Forlöbet uden särlige Komplikationer; Blödningen fra uterus ophörte, efter at Slimhinden var behandlet med sol. jodi spirit. Inden hun udskreves, föltes uterus fremdeles noget fixeret og de svulne tubæ uforandrede. Svulsten var en Frugtsäk uden Ruptur; Säkväggen et Par Linjer tyk; inden i et Foster, omtr. 6 Uger gammelt, med Navlesträng til en placenta, Hinder og liquor amnii.

Efter al Sandsynlighed må her foreligge et primärt abdominelt Svangerskab, da en af tubæ, specielt höjre, ellers måtte väre funden böjet nedad mod Frugtsäkken med den udvendige Ende, tilmed på et så tidligt Tidspunkt af Svangerskabet. Der fandtes ikke noget Spor af ovarium i Säkväggen, hvorfor det formodes, at Ovarierne ligeledes vare omhyllede af Exsudater.

Af de 18 Patienter, hvis Sygehistorier refereres nedenfor, vare 4 mellem 20 og 30 År, 14 mellem 30 og 40 År, hvad der stemmer med HENNIGS Statistik, hvorefter det störste Antal extrauterine Svangerskaber forekommer mellem det 30te og 40de År. Multiparæ skulle väre mere udsatte end primiparæ, og dette bekräftes ligeledes af vore Tilfälde, idet de 17 havde

födt för, 8 af dem 1 Gang, 3 af dem 2 Gange, 3 af dem 3 Gange, 2 af dem 4 Gange og 1 af dem 7 Gange; om en Patient, der indbragtes kollaberet, savnes der Oplysning, hvor vidt hun har födt tidligere eller ikke.

I den förste Svangerskabstid märker Patienten näppe noget til, at der er noget särligt i Vejen; som sädvanligt opträde ofte Bräkninger, forbigående Kongestioner o. s. v., og Lägen vil först finde Anledning til närmere Undersögelse, når det abnorme Ägleje giver sig til Kende ved sygelige Tilfälde, der ikke pleje at vise sig ved en normal Graviditet. Der indfinder sig Smerter i den nederste Del af Underlivet eller i Bäkkenet. og når Patienten får Åbning, af og til Dysuri og i en Del Tilfälde Afgang af klumpet Blod fra vagina eller også en mere sivende Blödning, Symptomer, der kunne tabe sig og igen vende tilbage og foranledige en närmere Undersögelse. Denne giver ikke altid Oplysning om, hvad der er i Vejen; men det lykkes dog ofte allerede tidligt i Svangerskabet at föle en Svulst af den ene eller anden tuba; hos nogle er Svulsten sunken ned i fossa Douglasii, dislocerende uterus enten til Siden eller, ved lidt större Udvikling, skydende uterus opad, og ved pelviperitonitiske Exsudater fixerende uterus, ligesom den selv da er mindre forskydelig. Uterus, som ved Deciduaudviklingen af Slimhinden bliver blödere, udvider sig ikke i Forhold til Svangerskabets Varighed; det nederste Segment beholder nogenlunde sin Form og Störrelse, hvilket Misforhold mellem den beregnede Tid og Udviklingen af uterus af og til må kunne konstateres. Hos 13 af de 18 Patienter forekom en oftest sivende Blödning; et Par Gange afgik der Deciduatjavser, og fra en Patient afgik der en Udstöbning af Uterinkaviteten som en hel Deciduasäk. Dysurien, der skyldes Trykket bagfra og nedenfra fortil og opad af uterus mod Blären, omtales hos 8 af de 18 Patienter.

Svulst af mammæ, Antydning af linea fusca og Vaginalslimhindens forandrede Farve ere Symptomer af större positiv end negativ Värdi, navnlig hvor der som her er Tale om Diagnosen af Svangerskab i de förste Måneder. Patienterne kunne nu med eller uden särlig Fremträden af ovennävnte Symptomer glide over de förste Måneder, og deres extrauterine Graviditet diagnosticeres da lettere.

Men i mange Tilfälde afbrydes Svangerskabet i de förste Måneder ved Ägsäkkens Ruptur; Patienterne kollabere af ind-

vendig Hämorragi, og deres Liv er i overhängende Fare. Muligt er det ganske vist, at der som omtalt mellem heldigt forlöbende Hämatoceler skjuler sig enkelte Tilfälde af tidligt rumperede og derved endte Tubarsvangerskaber på et Tidspunkt, inden Placentadannelsen er skreden synderligt frem; i Regelen vil dog Blödningen kräve aktiv Hjälp. Som et Exempel på, at en Ruptur kan overstås og Graviditeten fortsättes i det mindste for en Tid, skulle vi anföre Fundet fra en Patient, der döde efter en Ruptur Nr 2 i 3dje Måned af Tubarsvangerskab (s. Sygehistorie 5te Afdeling 2); der fandtes nemlig foruden den friske Ruptur, der foranledigede hendes Död, et ärtestort Hul, svarende til Enden af tuba, fyldt med et organiseret Koagel, ligesom der foruden det flydende Blod i peritonæum lå Koagler i begyndt Organisation i Bunden af Bäkkenet; Svangerskabet er ikke blevet afbrudt ved den förste Ruptur således som sädvanligt, men Tilfäldet er derfor netop meget instruktivt. Også i Sygehistorie 1ste Afdeling Nr 4 fandtes foruden den friske Ruptur af tuba en äldre, agglutineret Ruptur i Närheden. — Der er endnu en anden Kilde til Blödning i peritonæum end Ruptur af Ägsäkken, nemlig de kronisk peritonitiske Exsudater, der lidt efter lidt aflejre sig uden om Ägget, og hvis tyndväggede Kar let briste. Blödning af denne Grund er vist själden så stärk, at den truer Livet; men den bidrager til at svåkke Patienterne; i et Par af Sygehistorierne sås den at have väret tilstede, idet de opereredes, inden Ruptur havde fundet Sted, og der fandtes da äldre, organiserede Koagler dels frit, dels uden på den ikke rumperede Ägsäk. — Ruptur kan opträde spontant eller ved et ofte ubetydeligt trauma; således kollaberede en af vore Patienter et Kvarter efter at väre bleven exploreret og en anden under Forsög på at rejse sig over Ende i Sängen; mange tilsyneladende Spontanrupturer foregå måske netop i det givne Öjeblik, fordi et upåviseligt trauma virker på den stärkt fortyndede og udspilede Hinde, f. Ex. forøget Peristaltik ved direkte Tryk eller indirekte ved Träk på intraperitonäale Adhärencer.

Prognosen er ikke alene dårlig i de förste Måneder af Tubarsvangerskabet (hvortil vi specielt have taget Hensyn, fordi det hyppigst forekommer), men også for de Patienter, der ere komne längere frem; Kiwisch har beregnet disses Mortalitet til 82 %, Hecker til 42 %, Hennig til 88 %. De fleste Gynäkologer anse det derfor for indiceret for Moderens Skyld

at standse Svangerskabet uden Hensyn til Fostret; det er kun i ganske enkelte Tilfälde lykkedes at redde Moder og Barn ved Operation i de sidste Måneder af Svangerskabet, og da heller ikke Helbredelse ved Ruptur eller Skrumpning med Litopädiondannelse kan päregnes at ville indträde, ligesom den fjärde Mulighed for Helbredelse, ved Suppuration af Säkken, rummer altfor mange Farer, kan der efter vor Formening ikke väre Tvivl om Berettigelsen til at offre Barnet for Moderens Skyld.

I 6 af de 18 Tilfälde havde Svangerskabet varet längere end 4 Måneder, med en ret stor Forskel i Tiden, dels med levende, dels med dödt Foster, dels endelig med Suppuration, medens de 12 ere mere ensartede Exempler på Extrauterinsvangerskab i de förste 3 til 4 Måneder og som sådanne särligt egnede til at vise Resultatet af en Behandling, der for de senere Års Vedkommende er ledet efter samme Princip på bägge kirurgiske Afdelinger, nemlig Exstirpation af Ägget. Af de 12 döde 3 af indvendig Blödning efter Ruptur af Ägsäkken uden at väre opererede:

den ene Patient behandledes i 1880 på 1ste Afdeling; hun indlagdes for Smerter i Underlivet og Vaginalblödning, kollaberede pludseligt og döde, uden at der var stillet nogen Sandsynlighedsdiagnose; der fandtes Ruptur af et tubo-abdominelt Svangerskab i 3dje Måned med Blödning i peritonæum;

den anden indbragtes i 1885 på medicinsk Afdeling kollaberet og döde ligeledes uden Diagnose; rumperet Tubarsvangerskab i 2den Måned;

den tredje Patient indlagdes i 1887 på 5te Afdeling; nogle Dage efter blev hun exploreret, kollaberede så og döde; rumperet Tubarsvangerskab i 3dje Måned.

De andre 9 Patienter helbrededes ved Laparotomi med Exstirpation af Ägget, og af disse opereredes de 4 for Rupturtilfälde (Kollaps med intraperitonäal Blödning), de 5 på Sandsynlighedsdiagnose. At de 3, der döde under Kollapstilfälde uden at väre blevne opererede, ikke tilbödes den gode Chance, må beklages; men de behandledes i 1880, 1885 og 1887, og efter den Tid er unägtelig Tilliden til Laparotomi, selv som Explorativoperation på usikker Diagnose, stegen, ligesom også de talrige, forskelligartede gynäkologiske Sygdomme, der behandles her, kunne formodes efterhånden at have skärpet

Blikket mere og mere til Erkendelse af, hvor aktiv Indskriden må foreträkkes for passivere Observation.

Om man i det hele bör foreträkke Laparotomi for den af flere nyere, navnlig franske Operatörer ved Adnexlidelser foreslåede og oftere netop ved denne Sygdom heldigt udförte Vaginaloperation med Åbning af lacunar og Exstirpation af Ägget nedenfra (BOUILLY og SEGOND f. Ex.), er et Spörgsmål, som vi må besvare med Forbehold. Jo mindre Ägget er, og jo dybere det ligger i Bäkkenet, des bedre Udsigter turde den vaginale Operation frembyde; men er Ägget rumperet eller rumperer det under Exstirpationen, ville Vanskelighederne ved at före Operationen godt til Ende väre langt större, end når man arbejder ovenfra og kan overse Terränet. Som ved så mange andre Operationer kommer det her fortrinsvis an på Övelsen, om den ene eller anden Vej skal foreträkkes; den mindre udmärkede Operatör vil sikkert stå sig ved gennem Incision over Symfysen med Öjet at kunne kontrollere, hvad der bör göres, og hvorledes dette göres, fremfor at arbejde mere i Blinde fra vagina af. Ligger Frugtsäkken höjere oppe, er der intet Valg; Laparotomien er så den eneste rationelle Operation.

Når vi her så absolut have opstillet Exstirpation af Ägget som Redningsankeret, beror det på, at et Par andre Metoder, der ere foreslåede, ikke have svaret til Forväntningerne; den förste af disse er Punktur af Ägget med eller uden Injektion af Medikamenter for at dräbe Fosteret og for at få Frugtsäkken med Indhold til at skrumpe og til mere eller mindre fuldständigt at resorberes.

GAILLARD THOMAS og BRUNNERT blandt de nyere Forfattere advare bestemt mod Punkturen, fordi den kan fremkalde häftig Blödning fra placenta og Betändelse, og de ved denne Metode helbredede Patienter ere i afgjort Mindretal overfor Ofrene for dette Forsög. Noget anderledes stiller Forholdet sig med den anden Metode, hvorved der tilsträbes det samme som ved Punkturen, nemlig Anvendelsen af Elektricitet; dette er isär forsögt af amerikanske Läger og, som det synes, med Held; men en större Statistik savnes, og i de sidste År er Kasuistiken bleven sparsommere, medens Metoden udenfor Amerika ikke har vundet Udbredelse.

De i HOWITZ's gynäkologiske og obstetriciske Meddelelser meddelte, udmärkede Literaturoversigter af LEOPOLD MEYER indeholde Beretning om en stor Del af de offentliggjorte Til-

fälde af extrauterin Graviditet fra År til År, og det er ret märkeligt at se, i hvor höj en Grad Antallet af dem stiger. Det viser sig også, at Exstirpationen vinder flere og flere Tilhängere og anses for indiceret, ikke alene overfor Ruptur af Ägget, men også ved hel Frugtsäk, så snart blot Diagnosen med nogenlunde Sikkerhed lader sig stille. Vi have samlet de i de forskellige Oversigter omtalte Tilfälde for at få et Resultat af prognostisk Betydning, der vel ikke kan göre Fordring på absolut Nöjagtighed, da Materialet ikke er fuldständigt, men som dog har en stor relativ Värdi som Udtryk for Udfaldet af ensartet ledet Behandling ved et betydeligt Antal Operationer. Det må imidlertid fremhäves, at L. MEYER deler Patienterne i 2 Grupper med Halvdelen af Svangerskabstiden som Gränse, medens vi isär have haft gravide i de förste 3 til 4 Måneder for Öje. Resultatet af Operationerne i förste Halvdel af Svangerskabet stiller sig da således, at der er helbredet 103 og död 7 af de Patienter, der opereredes, inden Ruptur havde fundet Sted, og at der er helbredet 214 og död 35 af de Patienter, hos hvilke Ägget var rumperet, og som opereredes for Kollapstilfälde. Også dette Materiale bekräfter, at Laparotomien foreträkkes af de fleste som pålideligere end den vaginale Operationsmetode.

Det har väret os mest magtpåliggende at fremstille Sygdommen i sin tidlige Udvikling, således som Billedet klinisk set hyppigst forekommer, og at give et lille Bidrag til den tidlige Operations gunstige Prognose; dertil har Tilladelsen til at benytte de andre Afdelingers Journaler hjulpet for meget til, at en Tak er overflödig.

Största Delen af nedenstående Sygehistorier ere Tilfälde af tubar Graviditet i tidligt stadium, medens de andre ere Exempler på mere inkongruente Tilfälde fra senere Tidspunkter; vi have derfor holdt os til de förste og ikke udstrakt Dröftelsen af Diagnose og Behandling også til de sidste; flere Spörgsmål have vi måttet lade ligge, f. Ex. om Ätiologien, om Frugtsäkkens Udvikling, fordi vore Tilfälde ikke oplyste noget särligt ud over, hvad der er almindeligt bekendt fra Monografierne.

1:ste Afdeling.

Graviditas tubo-abdominalis dextra. 3dje Måned. Rumperet. Ikke opereret. Död.

1. I. C., gift, 37 År, indlagdes d. $^{20}/_{2}$ 80, döde d. $^{5}/_{3}$ 80.

4 Födsler, sidste for 7 År siden, har flere Gange haft Gigtfeber og for nogle År siden en Blodbräkning. For en Måned siden sparsomme menses, fik jävnligt derefter Smerter i nederste Del af Underlivet, febriciterede og fik Dysuri. I de sidste 6 Dage Vaginalblödning, sivende. Uterus föles ikke over Symfysen, Vaginalportionen stor, tyk, orificium optager en Fingerende; i lacunar posterius en meget öm, skarpt begränset, rundagtig Udfyldning.

D. $^{4}/_{3}$ 80. Blödning og Smerter ophörte ved Sängelejet. Til Morgen pludseligt Smerter over hele Underlivet, Opkastninger, på ny Blödning, Anämi, Kollaps; hun döde d. $^{5}/_{3}$ 80 om Aftenen.

Sektion. En Mängde blöde Koagler og flydende Blod i peritonæum, rumperet höjresidig tubo-abdominel Graviditet. Fostret lå i Säkken, var 13 Cm. langt, Navlesnoren 16 Cm. til placenta, Säkväggene meget tykke, nedadtil fortyndede og rumperede. Uterinkaviteten rummelig, med svullen Slimhinde. Höjre Ureter komprimeret af Svulsten og höjre pelvis dilateret.

Graviditas tubaria sin. Omtr. 1 Års Varighed. Säkken i Suppuration. Opereret. Död.

2. B. C., Enke, 39 År, indlagt d. $^{23}/_{7}$ 90, död d. $^{31}/_{7}$ 90.

En Födsel 15 År forud. Menses regelmässige til for et År siden, da de ophörte; hun trode sig gravid, og Underlivet tiltog i Förlighed. Fra December 1889 af og til Smerter i Underlivet, der ere jävnt tiltagne. Brysterne slappe; lidt Mälk kan udtrykkes. En Svulst udfylder det meste af Underlivet; den er glat, ingen Fosterlyd. Collum lille, orificium gabende. Höjtstående uterus, ligger over til höjre og har omtr. 1 Kvarters (= 155 Mm.) indvendig Längde. Adskillelse mellem uterus og den store Svulst kan ikke tydeligt föles ved Traktion. Under Narkose synes Svulsten fluktuerende. Temp. forhöjet.

D. $^{30}/_{7}$ 90. *Laparotomi.* Svulsten i Suppuration, placenta lösstödt, macereret Foster. Stärke Tilhäftninger til Oment, Tarme og vesica. Partiel Exstirpation af Säkken, hvis Rande syedes til Bugsåret. Mècher. Uterus lå som anfört, og Säkken skönnedes at väre et venstresidigt Tubarsvangerskab, der havde udviklet sig dels op i peritonæum, dels ned i Ligamentet. Fostret vejede $2\frac{3}{4}$ ℔ (= 1375 Gm),

var 39½ Cm. langt, vel udviklet, Navlesnoren 34 Cm. lang, mör; placenta pusinfiltreret, vejede 1¼ ℔ (= 625 Gram). Hun döde septikämisk.

Graviditas tubaria dextra. 6te, 7de Måned. Ikke rumperet. Opereret. Död.

8. A. C., gift, 21 År, indlagt d. 24/8 90, udskreven d. 4/9 90; atter indlagt d. 22/9 90, död d. 30/9 90.

En normal Födsel for 3 År siden, en Abort for 2 År siden. Menses udeblev for 3 Måneder siden, have ikke senere vist sig. For 9 Uger siden pludselige, stärke Smerter i Underlivet med Opkastninger, ingen Blödning, men Afgang af Vädske; senere Ildebefindende, Afmagring, Dysuri og Smerter ved Åbning. De peritonitiske Tilfälde have flere Gange gentaget sig.

D. 25/8 90. Der föles en öm Svulst fra Symfysen til lidt under Navlen og ud over bägge Ligamenter, Antydning af linea fusca, mammæ meget svulne, Mälk kan udtrykkes. Temp. normal. Svulsten har Form af en gravid uterus, Vaginalslimhinden er ikke blålig, höjtstående collum, orificium hård og knudret, höjre lacunar noget fremdrevet, blödt. Blären ikke löftet i Vejret. Da Svulsten var tydeligt fluktuerende, Prövepunktion med fin Trokar, hvorved der tömtes en Del blodig, klar, strax koagulerende Vädske. Hun bedredes nu, kunde väre oppe og udskreves d. 4/9 90, men indlagdes igen d. 22/9 90. Vandladningen har väret besvärlig, og hun fik pludselig under denne til Morgen stärke Smerter i hele Underlivet med udtalt Ömhed. Hun er bleg og mager, har kastet op efter Indläggelsen, og Svulsten når nu Navlen.

D. 24/9 90. Har rettet sig. Temp. normal. Hun mener at föle Fosterbevägelser; men der höres ikke Fosterlyd. Vaginalslimhinden er opad lidt blålig og orificium lidt åben, med Ödem af labia. Uterus fixeret, en Sonde kan kun föres 5 Cm. op. Ingen tydelig Gränse mellem uterus og Svulsten.

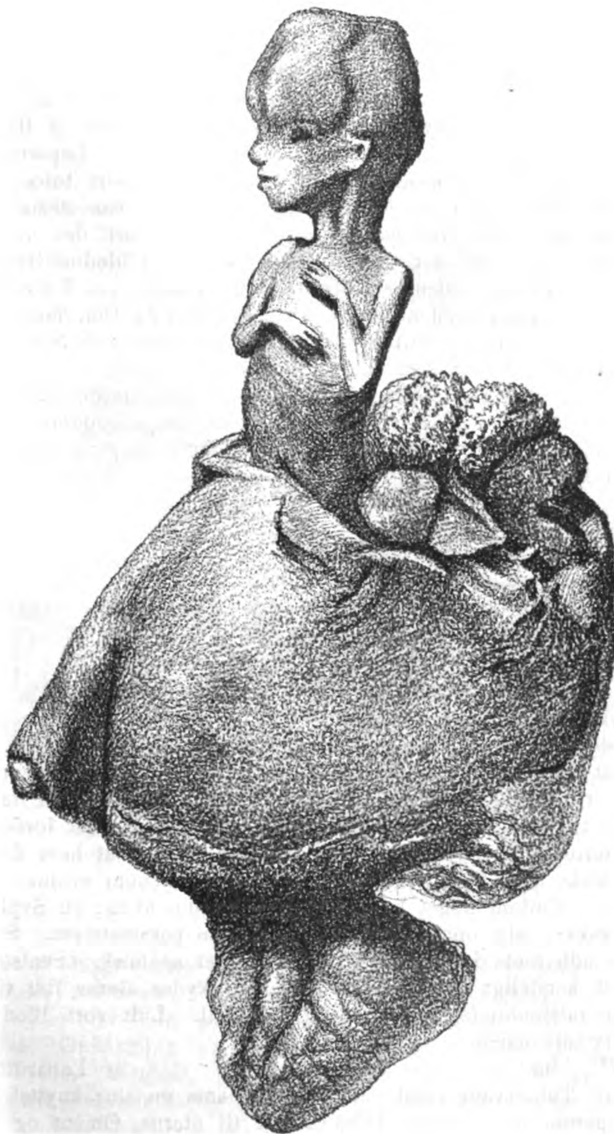
D. 30/9 90. *Laparotomi.* Svulstens tynde Vägge let löselige fra peritonæum parietale; den indeholdt vandklar liquor amnii og et levende Foster på omtr. 6 Måneder. Den afbundne Navlesnor förte til placenta nedad til venstre. Säkåbningen syedes til Bugsåret, og Kaviteten udstoppedes med steril Gaze. Hun döde om Aftenen under tiltagende Uro, Bleghed og lille Puls.

Sektion. Höjre tuba tragtformet udvidet, gående over i Säkken, hvori kun 50 Gm koaguleret og flydende Blod. Säkväggene kun fortil tynde, ellers tykke, adhärente til uteri Bagflade og Bäkkenväggen. Frit i cavum peritonæi udenpå Säkken store Masser flydende, frisk Blod, samt hist og her store, halvfaste, noget törre og brunlige Koagler. Indtil 15 Mm. tyk decidua i begyndende Afstödning, Kaviteten af uterus 12 Cm. lang. Höjre ovarium fandtes ikke. Venstre ovarium og tuba normale.

Graviditas tubaria sin. 3dje Måned. Rumperet. Opereret. Helbredet. (Se Bill. 1.)

4. J. J., gift, 31 År, indlagt d. $^{6}/_{10}$ 92, udskreven d. $^{16}/_{11}$ 92.

Bill. 1.



Menses regelmässige, 2 normale Födsler, sidste for 4 År siden; sidste Menstruation midt i Juli d. A.

D. $^{22}/_{9}$ 92 besvimede hun pludseligt, fik häftige Smerter i Underlivet og indlagdes på 3dje Afdeling. Temp. normal. Der er fölt en öm Udfyldning i venstre parametrium, er afgået sivende Blod fra vagina, og d. $^{25}/_{9}$ udstödtes en tokronestor Klump, der lignede decidua.

D. $^{6}/_{10}$ 92 var Temp. normal, og hun befandt sig vel; men idet hun rejste sig op i Sängen, fik hun stärke Smerter i Underlivet, Opkastning og blev anämisk, hvorfor hun overflyttedes til 1ste Afdeling. Her konstateredes lavtstående uterus, blöd, elastisk Udfyldning i fossa Douglasii sträkkende sig op over det venstre Ligament til midt imellem dette og Navlen og skydende uterus over i höjre Side af Bäkkenet. Strax efter Indläggelsen Laparotomi. En Masse flydende og koaguleret Blod udtoges; venstre tuba og ovarium förtes frem og fjärnedes efter Afbinding af tubas uterine Ende. Såret lukkedes. Tuba var udadtil udvidet, gåseägstort, den udvendige Ende havde en, som det syntes, äldre Rift med blodinfiltrerede og agglutinerede Rande, indenfor hvilken en 2½ Tomme (= 7 Cm.) lang, frisk Ruptur; gennem denne var et vel udviklet, 7 Cm. langt Foster faldet ud, men endnu häftet til Säkkens Indside ved Navlesnoren. Gunstigt Forlöb; d. $^{17}/_{10}$ 92 var Såret helet.

D. $^{29}/_{10}$. De förste Dage efter Operationen havde hun ildelugtende, blodblandet Udflod fra vagina; dette er nu ophört. Uterinkaviteten måler 8 Cm.; uterus er mobil; som Rest efter Operationen föles Fortykkelse ved venstre Hjörne.

D. $^{5}/_{11}$. Normale menses.

D. $^{16}/_{11}$. Ud; helbredet.

Graviditas tubaria dextra. 3dje—4de Måned. Ikke rumperet. Opereret. Helbredet.

5. J. N., gift, 33 År, indlagt d. $^{3}/_{11}$ 93, udskreven d. $^{12}/_{12}$ 93.

4 naturlige Födsler, sidste for 2 År siden. Menses regelmässige; i de sidste 1½ Måned stadigt sivende Blödning. Almenbefindendet ret godt. I nederste Del af Underlivet föles en tumor fra Symfysen til 3 Fingersbredder under Navlen; den breder sig mere til höjre end til venstre, er temmelig hård, matlydende, lidet forskydelig. Ingen Uterin- eller Fosterlyd; hun mener i Dag at have fölt Liv. Ingen Vädske fra Papillerne, men Kirtlerne udenom svulne. Ingen linea fusca. Collum noget bagtil rettet, orificium åben; en Svulst bag uterus sträkker sig opad, mest fölelig i höjre parametrium. Svulsten og uterus adhärente indbyrdes. Hun er noget anämisk. Svulsten skal väre voxet kendeligt i den sidste Tid; den skyder uterus lidt til venstre. Vaginalslimhinden noget blålig opadtil. Lidt sort Blod flyder ud af Cervikalkanalen.

D. $^{14}/_{11}$ 93. Laparotomi. Höjresidigt Tubarsvangerskab af Störrelse som en stor knyttet Hånd, ikke rumperet, let löselige Tilhäftninger til uterus, Oment og Tarme

samt til Bäkkenväggen. Fortil og opad vare Hinderne blåligt gennemskinnende, ellers tykke og ret faste. Ägget udtoges efter Afbinding af den uterine Ende af tuba. Såret lukkedes. Foster fandtes ikke, men en ret stor placenta. Corpus luteum i Ovariet, der ligeledes var fjärnet.

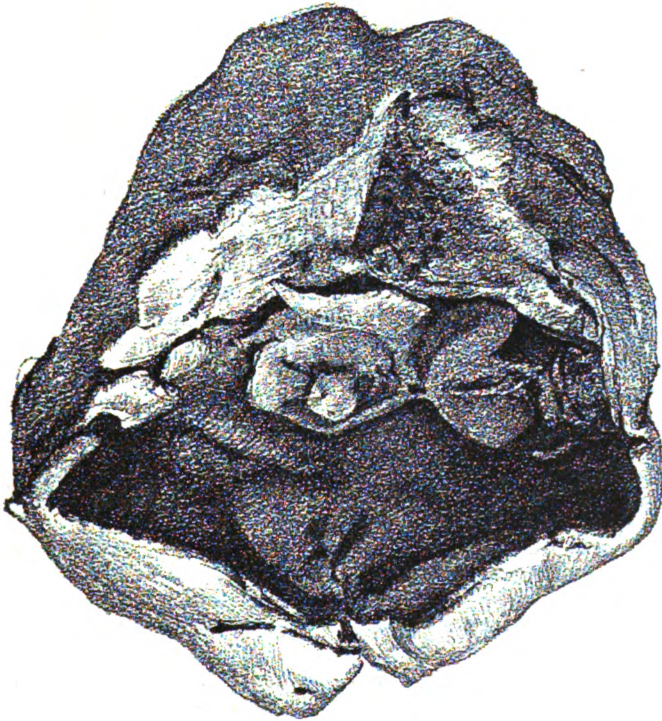
D. $^{24}/_{11}$. Heling per primam.

D. $^{12}/_{12}$. Uterus endnu noget skråtstillet, ingen Ömhed. Ud.

Graviditas tubaria sin. 2den Måned. Rumperet. Opereret. Helbredet. (Se Bill. 2.)

6. M L., gift, 30 År, indlagt d. $^{21}/_{11}$ 94, udskreven d. $^{23}/_{12}$ 94.

Bill. 2.



Födt 3 Gange: 1ste Gang ved Tang, de andre Födsler naturlige; Puerperierne normale. Regelmässige menses, nu udeblevne i 5 Uger. D. $^{19}/_{11}$ 94 blev hun pludselig syg på Gaden, fik häftige Smerter i Underlivet, Opkastning og besvimede, hvorfor hun indbragtes på 3dje Afdeling. Bleghed, Kulde og lille Puls. Underlivet ikke opdrevet, men smertefuldt og ömt, mest i venstre Side nedadtil. Over-

flyttes til 1ste Afdeling d. $^{21}/_{11}$ 94 Kl. 12½ Form. anämisk og kollaberet, Pulsen lille, 144, Tp. normal. Underlivet lidt opdrevet, over venstre Ligament dämpet Perkussionstone. Uterus bevägelig, med blöd collum; diffus, pastös Udfylding af fossa Douglasii; tubae og Ovarier kunne ikke föles. Der gjordes strax Laparotomi.

Koaguleret og flydende Blod i peritonæum udtoges. Venstre tuba havde en Udposning i Närheden af den uterine Ende, midt på dennes Konvexitet en Ruptur, der förte ind til Frugtsäkken. Exstirpation af tuba; Ovariet fjärnedes ikke. Såret lukkedes. Säkken var af en dobbelt Nöds Störrelse, uden Foster, men med Anläg til placenta.

D. $^{23}/_{11}$ 94. Der er begyndt lidt Blödning fra vagina; denne ophörte 2 Dage efter.

Hun udskreves helbredet d. $^{23}/_{12}$ 94.

Graviditas tubaria sin. 2den, 3dje Måned. Rumperet. Opereret. Helbredet. (Se Bill. 3 — Rupturen.)

7. L. M., gift, 28 År, indlagt d. $^{25}/_{9}$ 95, udskreven d. $^{23}/_{10}$ 95.

Bill. 3.



En normal Födsel for 1½ År siden; sidste Menstration for 2 Måneder siden; ved Forlöftning for 10 Dage siden forbigående Smerter over Symfysen; de kom igen for 5 Dage siden og lignede Veer; ingen Blödning; for 3 Dage siden Smerter ved Afföring og Vandladning. Nu lidt sivende Blödning fra vagina. Hun indlagdes, fordi Smerterne tiltoge og hun fik Opkastning, på 2den Afdeling d. $^{24}/_{9}$ og overflyttedes til 1ste Afdeling Dagen efter. Temp. 38,3, 37,7. Anämi. Svag linea fusca. Underlivet ikke opdrevet, men ömt over Symfysen. Orificium åben, collum blöd. I fossa Douglasii en knythåndstor, blöd Udfyldning ligelig til bägge Sider; den hindrer närmere Exploration. Da hun var dygtig kollaberet, strax Laparotomi.

Först fjärnedes höjre tuba med ovarium; tuba snoet, med Udvidninger af blodig Slim. Fra venstre Side fjärnedes en Del koaguleret og flydende Blod, hvorefter venstre tuba fandtes stärkt udvidet og rumperet tät ved den uterine Ende, med åbnede Äghinder og i tubaen implanteret placenta. Et efter Skönnende 1½ Måned gammelt Foster med rumperet Navlesträng lå i et af de större Koagler. Venstre ovarium med et corpus luteum. Da tuba og ovarium vare fjärnede, lukkedes Såret. Hun var medtagen af Blödningen, hvorfor Saltvandstransfusion (1000 Kcm.) gennem en Vene i plica cubiti. Helbredelse uden interkurrerende Tilfälde.

Udskreves d. $^{23}/_{10}$ 95.

Graviditas abdominalis. 2den Måned. Ikke rumperet. Opereret. Helbredet. (Se Bill. 4.)

8. P. M., gift, 33 År, indlagt d. $^{7}/_{9}$ 95, udskreven d. $^{9}/_{11}$ 95. Se ovenfor.

Bill. 4.



Graviditas tubaria sin. 2den, 3dje Måned. Rumperet. Opereret. Helbredet.

9. E. T., gift, 34 År, indlagt d. $^{21}/_{1}$ 96, udskreven d. $^{23}/_{2}$ 96.

7 Födsler, ingen Abort, sidste Födsel for 11 Måneder siden; placenta måtte da fjärnes manuelt fra venstre Side af uterus; 3 Måneder efter indfandt menses sig og vedblev regelmässigt indtil for 2 Måneder siden. Pludseligt for 14 Dage siden häftige Smerter i venstre Side af Underlivet; der afgik lidt Blod fra vagina. Hun lå i 8 Dage, stod så op; men der kom atter lidt Blödning, og Smerterne vendte tilbage. For 2 Dage siden besvimede hun, har ligget siden og väret mat og svimmel, har kastet op og blödt lidt. Ved Indläggelsen anämisk, Pulsen lille, Temp. 38,4, Underlivet noget opdrevet og ömt nedad til venstre. Uterus forstörret, forskudt til höjre, ret mobil; til venstre for den föles i fossa Douglasii og i nederste Del af Underlivet en blöd, ikke tydelig begränset Svulst. Kort efter Indläggelsen

Laparotomi.

Frit mellem Tarmene, navnlig nedadtil, flydende og koaguleret Blod, som fjärnes. Venstre tuba og ovarium löftedes let op og udtoges på sädvanlig Måde. Tuba var som en stor Tommelfinger, udspilet af Blod; den uterine Ende var lukket, den abdominale åben, og

herigennem var Blödningen sket; der var ingen lateral Ruptur. I Ovariet et corpus luteum. Den puklede höjre tuba med et kystisk degenereret ovarium fjärnedes ligeledes. Såret lukkedes. D. $^{23}/_{1}$ standsede Blödningen fra vagina. Forlöbet godt, og d. $^{31}/_{1}$ fjärnedes Suturerne. Ved mikroskopisk Undersögelse af venstre tuba fandtes stärk Randcelle-Infiltration og på flere Steder Placentaväv.

Hun udskreves helbredet d. $^{23}/_{2}$ 96.

5:te Afdeling.

Graviditas tubo-abdominalis sin. 4de, 5te Måned. Ikke rumperet. Opereret. Död.

1. V. A., gift, 37 År, indlagt d. $^{9}/_{9}$ 86, död d. $^{19}/_{9}$ 86.

3 naturlige Födsler, sidste for 6 År siden, hvorefter hun lå i 3 Måneder af Barselfeber, og hun har senere lidt af Smerter i venstre hypogastrium, af og til af Dysuri. De regelmässige menses have af og til väret forbundne med Afgang af klumpet Blod og Smerter. Hun er bleg og mager, har i den sidste Måned haft Vaginalblödning; der er Udfyldning over venstre Ligament og lidt hen over Midtlinjen; den er noget knudret, matlydende, öm og fluktuerende.

D. $^{11}/_{9}$. Stadig lidt Blödning, Vaginalslimhinden blöd, en Sonde går 14½ Cm. opad og til höjre, og uterus er dextro-latero-verteret af en barnehovedstor Svulst, der ligger tät op til dens venstre Siderand, skilt derfra ved en Fure; Svulstens Väg synes tyk; spändt Fluktuation; den beväges sammen med uterus. Hun febriciterede, havde jävnligt Smerter, og Blödningen vedblev. Svulsten tiltog, og da den d. $^{18}/_{9}$ nåede et Par Fingersbredder under umbilicus, gjordes

Laparotomi.

Peritonæum var adhärent til Kysten, hvis Väg var blåligt gennemskinnende; ved Spaltning ret stärk Blödning; Kystens Sårrande forenedes med Bugväggens; et 14—16 Uger gammelt, mandligt, macereret Foster, 16 Cm. langt, extraheredes. Placenta lodes urört. Blödningen standsedes ved Jodoformgazetamponade. Trods Transfusion o. s. v. döde hun d. $^{19}/_{9}$.

Sektion. Graviditas tubo-abdominalis sin., peritonitis vetus et recens. Anæmia universalis. Uterine Ende af venstre tuba oblitereret. Tuba udvidede sig udad tragtformigt 10 Cm. fra uterus i Säkväggene. Venstre ovarium lå udad og nedad i Säkväggen; det indeholdt et fladt corpus luteum. Placenta havde en Diameter af 6 Cm., var fibröst fortykket med interstitielle, äldre Blödninger; Säkken nästen uløseligt forbunden med rectum, Bäkkenväggen o. s. v. Endometriet beklädt med en 5 Mm. tyk, pulpös decidua.

Graviditas tubaria sin. 3dje Måned. Rumperet. Ikke opereret. Död.

2. S. H., gift, 35 År, indlagt d. $^{25}/_{1}$ 87, död d. $^{1}/_{2}$ 87.

2 naturlige Födsler for 14 og 13 År siden uden puerperalia. Regelmässige menses, sidste Gang for 2 Måneder siden; for 6 Uger siden Smerter i Bäkkenet, tiltagende i Hyppighed og Styrke i de sidste Dage, og da af veagtig Karakter. I de sidste 14 Dage Afgang af flydende Blod fra vagina, af og til Dysuri. Har ligget et Par Dage med Feber. Hun er bleg, Underlivet noget udspändt, ömt, isär over Symfysen, og der föles ubestemte Konturer af en dybere Udfyldning. Uterus er mindre mobil end sädvanligt, collum fast, bagtil rettet, orificium optager Spidsen af Fingeren. I forreste lacunar en öm, temmelig hård Udfyldning.

D. $^{27}/_{1}$. Temp. 38, 37,4. Exploreres på ny; ¼ Time efter kollaberede hun, blev anämisk, Pulsen ussel, Underlivet mere opdrevet; hun rettede sig i de närmeste Dage, men fik Hikke og Opkastning; Underlivet blev mere opdrevet; d. $^{29}/_{1}$ afgik en Tjavs decidualignende Hinde; hun kollaberede atter og döde Natten til d. $^{1}/_{2}$ 87.

Sektion. En stor Mängde flydende og koaguleret Blod i peritonæum; ingen peritonitis; höjre tuba knäkket og loddet sammen med Ovariet; venstre tuba udvidet til en appelsinstor Säk, fyldt med Koagler; placenta blodigt infiltreret ligesom Säkväggene; svarende til Enden af tuba et ärtestort Hul, fyldt med et organiseret Koagel; på Forsiden af Säkken opadtil en 2 Cm. lang Ruptur, gennem hvilken en 1 Kvarter (= 155 Mm.) lang Navlesnor hänger ud og förer til et mellem Tarme i venstre Lumbalegn liggende, 9 Cm. langt Foster; Öjenspalterne lukkede, penis antydet, Vägt 18 Gm; det skönnedes at väre i 3dje Måned. Säkväggen var ikke tilhäftet nogensteds; venstre ovarium fandtes i Säkväggen. I uterus rigelig Deciduaudvikling med en Tjavs ned i vagina. Kavitetens Längde 10 Cm.

Graviditas tubaria sin. 3dje Måned. Ikke rumperet. Opereret. Helbredet.

3. I. C., gift, 40 År, indlagt d. $^{19}/_{10}$ 91, udskreven d. $^{22}/_{11}$ 91.

2 normale Födsler, ingen Abort, menses regelmässige, sidste Gang tilstede for 2 Måneder siden. Blödningen vedblev imidlertid til for 14 Dage siden; der optrådte da Smerter i venstre Side af Underlivet nedadtil, ret moderate, med fri Mellemrum. En enkelt Opkastning, i Går Dysuri. Ingen Feber. Collum er bagtil rettet og sigter mod venstre; corpus er anteponeret, ikke forstörret; i när Beröring med venstre Siderande af uterus föles en nästen knythåndstor, rundagtig, hård og glat Svulst med en Produktion ned i fossa Douglasii. Venstre ovarium kan ikke föles, höjre tuba normal, höjre ovarium lidt puklet og forstörret. Ved at träkke uterus ned kan man tränge ind mellem corpus og Svulsten og märke strängformede Adhärencer i fossa Douglasii. Temp. normal.

D. $^{26}/_{10}$ 91. Laparotomi.

Tumor var däkket af peritonäale Exsudater; den noget udvidede höjre tuba og ovarium, der vare indlejrede i ret faste Tilhäftninger, fjärnedes först; derpå lösnedes tumor, der var den udvidede venstre tuba, fra uterus, S. Romanum og Forfladen af rectum og fjärnedes ved Afstilkning. Venstre ovarium, der lå i fossa Douglasii, fjärnedes separat. Såret lukkedes.

D. $^{29}/_{10}$. Ingen Tilfälde efter Operationen. Ringe Vaginalblödning. Normalt Forlöb. Hun udskreves helbredet.

Tumor var et extrauterint Tubarsvangerskab — 9 og 7 Cm., Säkken beklädt med en 1 Mm. tyk Bindevävsmembran, indenfor hvilken en 2 Cm. tyk, svampet, mörkeröd Masse var beklädt med en glat Membran, hvortil fästede sig en Navlesträng med vedhängende Foster, 25 Mm. langt. Den uterine Ende af tuba aflukket ved Overgangen til Svulsten. Ovariet på samme Side lille og rynket på Overfladen.

Graviditas tubaria dextra. 2den Måned. Udskreven uden at väre bleven opereret.

4. C. C., ugift, 32 År, indlagt d. $^{6}/_{6}$ 93, udskreven d. $^{5}/_{7}$ 93.

Födt 1 Gang for 4 År siden, menses regelmässige. Mulighed for Graviditet indrömmes; sidste Menstruation for 6 Uger siden; en Uge efter pludseligt stärke Smerter i höjre Side af Underlivet med Besvimelse; de have senere ofte gentaget sig; ligeledes Spänding af mammæ. For 8 Dage siden en tilsyneladende normal Menstruation af 5 Dages Varighed. Temp. normal. Der er ikke Mälk i Brysterne; lidt Ömhed i höjre fossa iliaca med mattere Tone i et Par Fingersbredder over Ligamentet. Uterus er midtstillet; en omtrent 5 Cm. stor og oval tumor er forbunden med höjre Uterinhjörne ved en tyk Stilk, der kan beväges lidt; Svulsten er fast eller spändt, glat. Venstre ovarium lidt forstörret.

D. $^{11}/_{6}$. Sparsom Vaginalblödning i 2 Dage.

D. $^{4}/_{7}$. Ingen Tilfälde her i Hospitalet. Svulsten er voxet og fylder hele höjre Halvdel af fossa Douglasii og Partiet bag höjre Ligament. Uterus bevägelig. Intet särligt i venstre Side. Klar, lidt blodig Slim fra Cervikalkanalen. Udskrives efter Önske. Senere ingen Efterretninger om hende.

Graviditas tubo-uterina (interstitialis) sin. 6te Måned. Opereret. Helbredet.

5. E. J., ugift, 29 År, indlagt d. $^{27}/_{6}$ 94, udskreven d. $^{7}/_{8}$ 94.

En Födsel for 5 År siden; regelmässigt menstrueret, sidste Gang i Januar 94. I Slutningen af April begyndte Blödning fra genitalia, der har vedvaret til Indläggelsen på 3dje Afdeling d. $^{29}/_{5}$ 94. Dagen efter standsede Blödningen, og der sås da en mörk Klump med Tjavser hängende ud af det udvidede orificium. Uterus nåede op mod umbilicus.

D. $^{5}/_{6}$ afgik et större Stykke placenta, og der var stinkende Vaginaludflod med Stigning af Temp.

D. $^{13}/_{6}$ afgik 3 macererede Knogler, hvoraf en tibia og en fibula. Ved Overflytningen til 5te Afdeling var hun febril, abdomen stort, stärk Ömhed i nederste, venstre Kvadrant, hvor der föles en fast Udfyldning. Klar Tone i höjre Side. Stinkende Vaginaludflod. Uterus fixeret, Sondemålet normalt. Udfyldningen ligger tät op til uterus.

D. $^{27}/_{6}$. Incision over venstre Ligament. Svulsten var i Suppuration; der extraheredes et omtrent 3 Måneder gammelt, macereret Foster, manglende de omtalte, udstödte Knogler. Udskylning. Dränage. Febren tog snart af, og medens Vaginaludfloddet lidt efter lidt standsede, fyldte Sårhulen sig, så at hun d. $^{7}/_{8}$ 94 kunde udskrives.

Graviditas tubaria dextra. 3dje, 4de Måned. Ikke rumperet. Opereret. Helbredet.

6. H. C., gift, 38 År, indlagt d. $^{24}/_{7}$ 94, udskreven d. $^{22}/_{9}$ 94.

3 Födsler, 1 Abort i 7de Måned; sidste Födsel for 8 År siden, menses uregelmässige; for 4 År siden et Hämatocele periuterina, hvorefter hun ikke har väret fuldständig rask. Menses ere udeblevne i de sidste 3 Måneder; hun mener sig gravid og har haft veagtige Smerter i Underlivet med Kvalme og Opkastninger, samt Dysuri. Gennem det blöde Underliv föles til höjre en uteruslignende Svulst til midt imellem Symfysen og Navlen. I de sidste 2 Dage blodvandsagtigt Udflod fra vagina. Temp. normal.

D. $^{27}/_{7}$. Under Narkose föles uterus stor, Kaviteten 10 Cm.; store Masser Slimhindetjavser fjärnes med Kurette; Retningen af uterus er normal, collum er let lillafarvet; til höjre for uterus ud til Bäkkenväggen en ensartet, rundagtig, glat Udfyldning; adnexa kunne ikke palperes. Til venstre et ubetydeligt Exsudat langs Uterinranden. Venstre ovarium ligger udad, Störrelsen naturlig. Temp. holdt sig normal; hyppigt stärke Smerter og Opkastninger; af og til afgik vävslignende Tjavser gennem vagina.

D. $^{9}/_{8}$ 94. Laparotomi.
Det blodigt infiltrerede Oment med store Vener adhärent til Bugväggen og helt ned i höjre Side; under Lösningen udflöd blodig Vädske og friske Koagler. Svulstens Väg meget tynd, så at man kunde se foetus; Tilhäftningerne löstes, og Säkken förtes frem, åbnedes; Fostret med placenta udtoges; Säkåbningen syedes til Bugväggen, og Kaviteten udtamponeredes med Servietter, indtil den ret stärke Blödning var standset, hvorefter Mêche indlagdes. D. 12te og 13de nogen Vaginalblödning. Kaviteten gik i Suppuration og trak sig sammen, så at hun d. $^{22}/_{9}$ 94 kunde udskrives helbredet.

Beskrivelse af Fostret mangler.

Graviditas tubaria sin. 3dje Måned. Ikke rumperet. Opereret. Helbredet.

7. A. M., gift, 32 År, indlagt d. $^{25}/_{4}$ 95, udskreven d. $^{15}/_{6}$ 95.

En normal Födsel for 11 År siden; menses regelmässige, sidst tilstede for 2 Måneder siden. Mener sig gravid. For 14 Dage siden velignende Smerter i Bäkkenet og klumpet Vaginalblödning, der ophörte 2 Dage efter. Pludseligt Natten för Indläggelsen under Urinladning stärke Smerter i Underlivet med Opkastning og Besvimelse. Ved Indläggelsen anämisk, Underlivet opdrevet, ömt i höjre Side nedadtil med Dämpning, areolæ pigmenterede, ingen Svulst af Kirtlerne her. Retentio urinæ, Blödning fra vagina, uterus disloceret til venstre og blöd. Udfyldning i lacunar.

D. $^{27}/_{4}$. Afgang af decidua som en säkformet Afstöbning af cavitas uteri. Retentionen af Urinen vedbliver. Moderate Smerter. Man föler tydeligere en Udfyldning i Hypogastriet til midt imellem Symfysen og umbilicus med konvex Gränse nedad og udad til bägge Sider, höjest på höjre Side. Temp. ubetydeligt forhöjet.

D. $^{10}/_{5}$. Laparotomi.

Peritonæum i Snittets nederste Del blodimbiberet og skör; man kom ind i en med Koagler fyldt Hulhed. I venstre Bäkkenhalvdel noget bag uterus lå Frugtsäkken, knythåndstor, hel; den rumperede under Udtagelsen og udtömte et lille Foster. Stilken, der udgik fra venstre Uterinhjörne, afbandtes. Også höjre tuba med ovarium fjärnedes, da Tubaen, der indeholdt chokoladefarvet Vädske, var svullen. Fossa Douglasii og de i Bäkkenet nedhängende Tarmslynger vare däkkede med et tykt Lag Blod, der afviskedes. Mèche i nederste Sårvinkel, ellers lukkedes Såret. Fostret var 12 Cm. langt, mandligt, ikke macereret. Den venstre tuba udvidede sig $1\frac{1}{2}$ Cm. fra Uterinhjörnet og gik over i Frugtsäkken, der var så stor som en knyttet Barnehånd og indeholdt en placenta; fimbriæ sås tydeligt på Säkkens laterale Ende. Ovariet fandtes ikke. Et Par Dage efter Operationen lidt Blödning fra vagina. Sårforlöbet godt, og hun udskreves helbredet.

3:dje Afdeling.

Graviditas tubaria sin. Mere end ét Års Varighed. Suppuration. Sepsis. Död.

1. N. H., ugift, 37 År, indlagdes d. $^{13}/_{3}$ 78, döde d. $^{17}/_{5}$ 78.

En normalt forlöbende Födsel for 10 År siden. Menses i Orden senere, viste sig sidste Gang i September 1876. Behandledes på Afdelingen fra December 76 for veagtige Smerter i Underlivet, opståede efter et Fald på Födderne nogle Uger forinden. Hun antog sig gravid. Uterus stod höjt, collum var trykket op mod Symfysen; corpus retroflekteret, ömt; uterus immobil; en Udfyldning fra Symfysen omtr. 3" opad kunde föles i venstre parametrium; höjre Side var fri. Jävnlig Dysuri og Bräkninger. Temp. normal. 2 Dage efter Indläggelsen afgik fra rectum rigelige Pusmasser. D. $^{7}/_{1}$ 77 mener hun at have märket Liv, og der höres Uterinlyd over Symfysen. D. $^{4}/_{2}$: Fosterlyd 3—4 Cm. nedenfor og til venstre for umbilicus. Hun bedredes og udskreves

snart. Uterus nåede da lidt over umbilicus. Underlivet holdt sig nu stort; hun kunde vel passe sin Gerning, men ikke tåle Tryk på Underlivet, da hun så fik Smerter. — 9 Uger för sidste Indläggelse afgik der pludseligt en Masse stinkende pus fra rectum, og derefter mindskedes Svulsten i Underlivet; hun blev febril og magrede af. Ved Indläggelsen föles en uteruslignende Svulst, afrundet, glat, over Symfysen og udfyldende venstre fossa iliaca, nästen fra Umbilikaltransversalen til Ligamentet. Septum recto-vaginale er fast, dannende en nedad tilspidset Kile; collum höjtstående, orificium lukket. Opad til höjre i rectum föles fortil et lille, rynket Sted, intet pus på den explorerende Finger. Hun lå nu med Feber og Smerter, jävnligt afgik pus fra rectum, og d. $^{22}/_{3}$ udstödtes et Fragment af et costa fra vagina; senere afgik flere Bendele (Näseben o. s. v.) sammestedsfra. Den venstre Del af Svulsten afgränsedes fra en mindre, höjre Del, der formodedes at väre uterus. D. $^{22}/_{4}$ sattes Moxe over det venstre Ligament, og d. $^{16}/_{5}$ gjordes her Incision med Åbning af Kaviteten, hvorfra en Del Knogler (Kraniet, ulna o. s. v.) udtoges, og der udflöd stinkende pus; en Del af foetus var adhärent til Väggen. Hun döde septikämisk d. $^{17}/_{5}$ 77.

Graviditas tubaria sin. 2den Måned. Rumperet. Ikke opereret. Död.

2. I. S., ugift, 24 År, indlagdes d. $^{22}/_{1}$ 85, döde d. $^{24}/_{1}$ 85.

Indbragtes kollaberet med ufölelig Puls, anämisk; skal pludselig have fået Smerter i Underlivet, kastet op og väre besvimet. Underlivet er middelmådigt fremhävet, matlydende i venstre Halvdel. Der er tenesmi vesicales, Urinen sparsom med Spor af Äggehvide. Menstrua regelmässige; men der er gået over én Måned siden sidste Menstruation. Hun döde uden at have rettet sig.

Sektion. Ruptur af den venstre gravide tuba med intraperitonäal Blödning; Deciduaudvikling i Endometriet. Graviditeten skönnedes at väre i 2den Måned.

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. N:r 18.

Om primär Dermatomyositis acuta et chronica.

Af

Dr H. KÖSTER
i Göteborg.

Muskelsystemets sjukdomar hafva ända till på sista tiden varit rätt försummade och hafva ej förmått väcka samma intresse som andra organs förändringar. Man kände visserligen till förändringar, omfattande samtidigt en stor del af muskulaturen, men dessa hafva i allmänhet ansetts vara sekundära efter lesioner antingen af ryggmärgens grå framhorn, af de perifera nerverna eller efter infektionssjukdomar såsom t. ex. den af ZENKER studerade vaxdegenerationen vid tyfoidfebern. Primära diffusa sådana åter voro så godt som okända; undantag kunde möjligen göras vis à vis rotzsjukdomen, som företrädesvis lokaliserar sig i muskulaturen, och trikinosen, i hvilken äfvenledes muskelsystemet är predilektionsstället för de invandrade parasiterna. Egentliga primära muskelaffektioner kunde dessa lidanden knappast anses vara. Först under sista decenniet har en annan uppfattning börjat göra sig gällande. Man började på grund af det anatomiska fyndet antaga, att många af de sjukdomsformer, som ansetts bero på förändringar i det centrala nervsystemet, voro ett uttryck för en primär muskelförändring, de s. k. primära myopatierna; men dessa återigen voro kroniska sjukdomsformer, mera utbredda akuta sådana underordnades fortfarande under förut kända sjukdomsgrupper såsom rotz (POTAIN) eller akut progressiv muskelatrofi (GREENHOW, WAGNER). Att emellertid i musklerna en akut inflammation kunde uppstå, visade redan 1852 VIRCHOW. Men de tils på sista tiden observerade akuta, primära muskelaffektionerna uppträdde endast i begränsade muskelområden; så den af STRAUSS under namn af *myosite sup-*

purée idiopathique primitive eller *myosite spontanée* beskrifna muskelaffektionen, som uppträdde i starkt använda muskler, såsom musc. pectorales, glutei, deltoidei, biceps, efter inverkan af kyla på starkt svettande delar samt efter starka muskelansträngningar; den karakteriserades af, att, under mer eller mindre häftiga smärtor i musklerna, smärtor, som ökades vid rörelser, en egendomlig förhårdnad uppträdde i musklerna, hvilken antingen småningom resorberades eller gick till suppuration. Liknande observationer hade redan förut gjorts af åtskilliga författare, (anf. af JACOBY och STRAUSS), hvilkas arbeten dock ej varit mig tillgängliga. En med dessa närbesläktad form, som dock snarare bör räknas till de sekundära muskelinflammationerna, då i de flesta fall en furunkel, en hud- eller slemhinneaffektion, en caries dentis m. m. föregått, hvilken af författaren sättes i samband med den senare uppträdande muskelaffektionen, är den af SCRIBA beskrifna *infektiösa myositen.* Vid denna uppträdde under temperaturförhöjning i enstaka muskler en höggradig förtjockning och förhårdnad, medan de angränsande partierna voro mjuka och smärtfria samt blefvo ytterst ömma för palpation; hvarje rörelse förorsakade häftiga smärtor; utgången var än resorption än varbildning. Mikroskopiskt konstaterades i ett fall i muskeltrådarna, som voro bleka, men för öfrigt makroskopiskt normala, upphäfd tvärstrimmighet och ansvällning af muskeltrådarna, förtjockning af sarkolemmat samt sparsam rundcellsinfiltration i perimysiet.

Först 1887 fästes uppmärksamheten på, att muskelsystemet kan primärt angripas mera allmänt, och att den därvid uppkomna symptombilden är tämligen karakteristisk, genom trenne, kort tid efter hvarandra offentliggjorda fall af WAGNER, HEPP och UNVERRICHT (det sist nämnda äro tvifvelaktigt densamma, som redan 1880 i korthet publicerats af MARCHAND, ehuru det af LEVY i hans sammanställning räknas såsom själfständigt fall jämte UNVERRICHTS). WAGNER ansåge mellertid sjukdomen böra räknas till de akuta progressiva muskelatrofierna, och HEPPS beskref sitt fall under namn af pseudotrikinos på grund af sjukdomsbildens likhet med den vid trikininvandring uppkommande, på samma gång dock betonande, att sjukdomen tycktes vara en akut parenkymatös muskelinflammation, uppkommen oberoende af dittils kända, etiologiska moment för ett sådant lidande. UNVERRICHT beskref åter sitt fall under namn af polymyositis acuta progressiva på grund af de hufvudsakligast i musklerna

funna förändringarna och sjukdomens progressiva förlopp, ett namn, som han dock senare, med fäst afseende på de betydliga hudförändringar, hvilka nästan konstant finnas, och på grund af den ej alltid letala utgången ansåg böra ändras till *dermatomyositis acuta.*

Liksom alltid, då en ny sjukdom beskrifves, finner man i literaturen fall, som närma sig eller öfverensstämma med den s. k. nya sjukdomen. Ett otvifvelaktigt sådant var det af POTAIN 1876 under namn af kronisk rotz beskrifna och likaså ett af WAGNER 1863 offentliggjordt fall. Huruvida åter de af GREENHOW 1873 och DEBOVE 1878 offentliggjorda fallen kunna räknas dit, torde vara mera tvifvelaktigt, då i dem de karakteristiska ödemen saknades. Möjligheten, att på grund af symptombildens stora likhet med en trikinos ett och annat fall af polymyosit fått gälla för den förra sjukdomen, betonas af UNVERRICHT liksom äfven, att bilden kan hafva uppfattats som en svår muskelreumatism. I hvarje händelse framhåller han dock, att sjukdomsbilden ej måtte vara vanlig, då den är så egendomlig och på samma gång allvarsam, att den ej gärna kan undgå uppmärksamheten.

De hittils offentliggjorda fallens ringa antal har ej jäfvat denna UNVERRICHTS uppfattning. Oaktadt nu snart ett 10-tal år förflutit, sedan sjukdomsbilden preciserats, är det endast något öfver 20 otvifvelaktiga fall, som hittils publicerats. Man torde nämligen ej ega rätt räkna alla de under namn af poly- eller dermatomyosit offentliggjorda fallen hit.

Fasthåller man vid symptombilden i dess väsentligaste delar, sådan den preciserats, torde endast följande fall kunna räknas dit: FENOGLIOS och JACOBYS 1888, PLEHNS 1889, LÖWENFELDS och PRINZINGS 1890, UNVERRICHTS, BOECKS och STRÜMPELLS 1891, af hvilka författare den sist nämnde lemnade en sammanfattande öfversikt af de dittils kända fallen, SENATORS (2 fall) och LEVYS (4 fall) 1893 (den senare lemnande en tabellarisk öfversikt af fallen), HERZ' (2 fall) och BUSS' 1894 samt SCHULTZES 1895, till hvilka kommer mitt fall. Gent emot SCHULTZES fall ställer sig visserligen UNVERRICHT något skeptisk på grund af patientens ålder, ödemens fördelning och de utbredda atrofierna, och erkännas måste, att sjukdomsbilden afviker något från den ursprungliga bilden, men liknande variationer förekomma dock äfven i andra fall. Patientens ålder torde ej spela någon väsentlig roll, och symptombilden står i sin helhet den i andra fall

observerade så nära, att det synes mig vara svårt att ej räkna detta fall till de äkta polymyositerna. Äfven i fråga om ett af LEVYs fall kunna meningarna vara delade, i det i detta endast en purpura uppstod utan muskelsymptom eller ödem, men af skäl, som jag längre fram skall nämna, synes det mig vara svårt att förneka sannolikheten af, att fallet hör till samma grupp trots dess betydliga afvikelser.

Däremot torde åtskilliga andra fall ej böra räknas till nu skildrade sjukdom. Dit höra framför alt de af FRÆNKEL, ROVERE, WÄTZOLDT och den sista bland de af HERZ publicerade observationerna. Äfven torde till de tvifvelaktiga böra räknas de af GIES under namn af myositis chronica och HEPP under namn af parenkymatös myosit med svulstbildning och fluktuationskänsla beskrifna fallen, samt SCHULZ' fall. Skälen härför skall jag längre fram lemna. Utom de nu nämnda finnas dessutom publikationer af GLUZINSKI och PRZEBINSKI 1889, FUCKEL 1892 (hos ett barn) och KISSEL 1893. Af dessa har jag ej lyckats anskaffa något referat och har därför i det följande ej kunnat taga dem med i betraktande.

I fråga om de säkra fallen kan man i allmänhet säga, att de väl i mångt och mycket utvidgat den först beskrifna sjukdomsbilden, i det genom dem visats, att den samma kan variera rätt betydligt, samt att prognosen ej är så dålig, som man till en början var hågad tro, men i fråga om själfva sjukdomens väsen hafva de ej fört oss vidare framåt.

Till de viktigare inläggen i frågan höra några uppsatser af SENATOR, som i dem påvisar, att vid primära förändringar af de perifera nerverna en liknande symptombild kan uppstå, hvilken han därför kallar nevromyosit men skarpt skiljer från de egentliga polymyositerna.

En sammanfattande öfversikt öfver denna sjukdom saknas ännu i den skandinaviska literaturen, i hvilken endast ett fall af BOECK med några korta epikritiska anmärkningar finnes offentliggjordt. Jag har därför ansett en sådan kunna vara lämplig, äfven om ej så mycket nytt af den samma torde framgå. Den eger dessutom sitt berättigande vid dylika relatift nya sjukdomar, emedan den visar, hur långt vi hunnit i kännedomen om sjukdomen i fråga, och därigenom kan gifva anvisning om, hvilka punkter särskildt fordra noggrannare studium vid framtida fall.

Innan jag går att lemna denna öfversikt, torde det dock tillåtas mig redogöra för ett fall, som jag haft tillfälle att här i Göteborg, tack vare doktor F. BELFRAGES vänlighet följa och efter döden undersöka i patologiskt anatomiskt hänseende.

Fru H., 36 år. Pat. har i allmänhet varit frisk och i sitt äktenskap födt flere friska barn. Vid jultiden förra året började hon, efter att en tid på grund af mannens sjukdom hafva varit mycket ansträngd och nedstämd, känna sig matt och kraftlös. Under den närmaste tiden fortfor detta tillstånd oförändradt, utan att någon anledning därtill kunde upptäckas. I början af mars började hon lida af svåra smärtor å lårens framsidor, både vid gång och i hvila, som hon själf trodde på grund af ansträngning. En genomförd massagekur förbättrade ej tillståndet, som ej häller väsentligt förändrades af de använda analgetika. Benen svullnade, och snart därefter började äfven armarna, särskildt öfverarmarna, först å vänstra, sedan å högra sidan, att svullna och värka samt blefvo höggradigt ömma. Hon började besväras af riklig svettning men hade ej någon feber eller hufvudvärk; från magen fans intet att anmärka. Någon tid efter öfverarmarna började på samma sätt underarmarna att värka och blifva ömma. Rörelser framkallade smärta, och pat. höll sig därför mest stilla. Under behandling med jodkali förbättrades tillståndet för en tid, svullnaden och värken minskades, men efter någon tids förlopp återkommo symptomen igen med förnyad styrka, hvarje gång, som det tycktes, något lindrade af jodkaliumintagning. På detta sätt inträdde en 3—4 gånger omväxlande förbättring och försämring. I juli genomgick pat. en badkur och förbättrades under denna till en början högst väsentligt, så att hon kunde vara ute och i rörelse större delen af dagen, svullnaden försvann, och pat. trodde sig återstäld, men efter en månads badbehandling inträdde å nyo försämring med ny svullnad, ny värk på samma sätt som förra gången, och dessa symptom tilltogo sedermera altjämt trots jodkaliumbehandling.

Status i slutet af augusti 1893. Pat. är sängliggande. Hennes intelligens är fri och orubbad, temperaturen normal (aldrig har hon konstaterat feber), urinen är normal, fri från ägghvita. Puls af normal frekvens, jämn och tämligen kraftig, matlusten är dålig, afföringen regelbunden, sömnen dålig. Patienten svettas i mycket hög grad.

Pat. klagar öfver svåra smärtor, som dock varit värre förr, än hvad nu är fallet; dessa smärtor uppträda i synnerhet i rygg, nacke och armar. Samtidigt har hon en intensiv känsla af spänning och hetta i ansiktet samt de svullna partierna. Smärtorna hafva ej lancinerande karakter, utan mera molande, och förvärras högst betydligt genom rörelser. Hon klagar äfven öfver en viss svårighet att svälja på grund af en sväljningsakten åtföljande känsla af smärta i halsen. Pat. är fri från hufvudvärk, känner inga domningar eller myrkrypningar någonstädes.

Vid inspektion visar ansiktet ett egendomligt pussigt utseende. Ögonlocken är uppsvälda till stora vulster och äro halfgenomskinliga, medan på samma gång huden å dem har ett egendomligt karmosinrödt utseende, bjärt kontrasterande mot den eljes mycket bleka huden;

samtidigt är huden å ögonlocken jämn och slät utan minsta antydan till skroflighet eller utslag. Äfven läpparna äro tjocka och svulstiga, något torra, men kunna röras fritt vid tal och eljes, ehuru pat., såsom nämnts, därvid erfar en känsla af stramning. Hela ansiktet förefaller dessutom att vara något uppdrifvet, ehuru ej i någon högre grad; höggradigt ödem finnes ej annat än å de nyss nämnda delarna af ansiktet. Ansiktets rörelser äro fria och kunna utföras, ehuru pat. därvid klagar öfver våldsam smärta; ingen asymetri af dess båda hälfter. Ögonens rörelser äro fullt fria. Vid tryck å ansiktet markerar pat. liflig smärta, särskildt å de mera svullna ögonlocken och läpparna.

Halsens slemhinna visar en lindrig rodnad särskildt å gombågarna, mjuka gommen af normal rörlighet. Å bålen är trakten öfver musc. supraspinatus och cucullaris samt å armarna och extensorsidorna höggradigt svullna och ödematösa. Huden buktar här upp kuddformigt öfver omgifningen, är till färgen mycket blek, ingenstädes å dessa delar något utslag. Tryck här framkallar lifliga yttringar af smärta, och man erfar därvid en egendomlig, degig känsla; en obetydlig insänkning kvarstår. På djupet kännas musklerna hårda och fasta, men en noggrannare palpation af dem är omöjlig på grund af den excessiva ömheten af ej blott underhudsväfven utan äfven, som det tyckes, af musklerna. Längre ned å ryggen finnes ingen framträdande svullnad, likaså är trakten öfver infraspinatus af normalt utseende, men alla ryggmusklerna äro för tryck något om också ej excessift ömma. Deltoideus ej svullen, snarare förefaller den vara något atrofisk. Å armarna äro böjsidorna och händerna fria från svullnad, men alla muskler å armarna äro ömma vid tryck. Musklernas konsistens å de ej svälda partierna företer intet anmärkningsvärdt. Å underarmarna märkes i trakten kring handlederna och å handryggen ett torrt ekzem, huden är här lifligt röd, något skroflig; inga begränsade upphöjda fläckar finnas någonstädes å detta område, utan processen är diffust likformig å det angripna området. Den lifliga färgtonen här varierar för öfrigt högst betydligt, ena dagen är färgen lifligt högröd, andra dagen betydligt blekare. Armens rörelser äro i allmänhet kraftlösa; pat. kan ej höja armen högre än till horisontalplanet, därefter faller den kraftlös ner igen; supination af handen kan ej utföras fullständigt, likaså extension af underarmen, det senare dock, som det tyckes, på grund af en inträdande kontraktur af musc. biceps, som därvid kännes mycket hård och spänd och smärtar häftigt. Pat. kan vidare ej lyfta ena sidans hand till andra sidans skuldra, emedan hon därvid känner liksom en blytyngd på öfverarmarna. Alla nu skildrade symptom äro mera utpräglade å vänstra än å högra armen.

Pat. kan ej sitta uppe utan stöd och kan ej resa sig, dels på grund af svaghet, dels på grund af våldsamma smärtor, som hon därvid erfar. Hufvudet kan ej lyftas upp från kudden, och, då hon sitter uppe, kan hon ej hålla det upprätt, utan faller det kraftlöst fram eller tillbaka.

Från benen finnes intet att anmärka. Kraften där ej mera nedsatt, än man på grund af patientens kraftlöshet kan vänta, intet ödem, ingen ömhet af musklerna. Ingenstädes finnes någon sensibilitetsrubbning för vare sig vidrörings-, smärt- eller temperaturintryck. Patellarreflexerna äro normala. Från inre organ intet att anmärka.

Daganteckningar:

$^{8}/_{9}$. Värken har tilltagit och uppträdt äfven i benen. Ödem nu å händernas dorsalsida, underarmarnas extensorsida och lårens insida. Försök med ichthyol har ej haft något nämnvärdt inflytande på processen. Tillståndet för öfrigt oförändradt.

$^{12}/_{9}$. Värken har minskats något i nacken, men har i stället tilltagit i benen, hvilka nu liksom armarna i deras helhet, äfven å flexorsidan, äro svullna, ehuru ödemet är mest utpräglad å lårens insida och underarmarnas extensorsida. Musklerna äro här ytterst ömma för tryck och kunna ej tydligt palperas. Buken utan anmärkning. Sväljningen är numera mindre smärtsam än förut, men pat. har en känsla af, som om hon ej kunde få ner tuggan, utan denna fastnade midt i matstrupen.

$^{16}/_{9}$. Svullnaden af benen har tilltagit, så att de, nu mest dock å extensorsidan, äro kolossalt förtjockade; kvarstående gropar vid tryck otydliga, stark ömhet vid tryck. Å armarna endast fingrarna fria från ödem, huden där fortfarande med ekzematös rodnad och ruggighet; fingrarna kunna röras bra, men öfriga rörelser af armar och ben nästan omöjliga på grund af svaghet samt spänning och smärta vid försök därtill. Hufvudet kan i dag ej vridas, utan ligger orörligt å kudden. Sväljningen är åter mera försvårad, tuggan liksom fastnar fortfarande i midten af matstrupen. Tungan något sväld med tydligen kvarstående intryck efter tänderna. Den är belagd, å spetsen liksom flådd, och intagandet af föda framkallar liflig sveda här. Fast mat kan pat. ej svälja, och rörelser af tungan förefalla och kännas af pat. själf såsom oviga och svåra att utföra; den ligger mest orörlig i munnen. Pat. klagar dessutom öfver andtäppa och en besvärande tyngd å bröstet men kan dock andas kostalt. Interkostalmusklerna mycket ömma, intet ödem å dem. Bukmuskler nu äfven mycket ömma, men ej ansvälda, intet ödem å buken. Puls 108, liten, mjuk, hjärttoner rena men svaga.

$^{20}/_{9}$. Svullnaden af benen har ytterligare tilltagit, de ligga nu, tjocka som stockar, orörliga i bädden, äfven ödemet i armarna har ökats med åtföljande orörlighet; trakten öfver buk- och bröstmusklerna samt fingrarna fria från ödem. Pectorales mycket slappa och tunna samt ömma. Maten kommer lätt i vrångstrupen. Ansiktet oförändradt ödematöst.

$^{25}/_{9}$. Svårt att andas, hostar utan att kunna få upp något, all mat kommer i vrångstrupen. Svullnad har uppträdt äfven å bröstet samt ehuru mindre å fingrarna; endast buken ej ödematös, ehuru mycket öm. Ömheten å armarna och benen snarare något minskad. Vid försök att räta fingrarna klagar pat. öfver stramning i flathanden; de kunna därför ej extenderas fullt. Feber något öfver 38°, rassel baktill å lungorna.

$^{26}/_{9}$. Utpräglad bronkopnevmoni med bronkial respiration, hårda rassel å högra lungan. Puls 140. Expektoration omöjlig, andnöd betydlig.

$^{27}/_{9}$. Död.

Sektion: Bronkopnevmoni i båda lungornas nedre lober, mest i den högras. Hjärtat något slapt. Underhudsväfven öfveralt å kroppen höggradigt ödematös, vid insnitt utrinner riklig massa tunn, serös vätska. Ingenstädes i underhudsväfven några blödningar. Musklerna i allmänhet bleka, liksom vattniga, ej spända, kännas dock tämligen fasta. I allmänhet finnas inga tecken till atrofi med undantag af i musc. pectorales, som förefalla att vara ovanligt tunna. Ingenstädes kunna i musklerna upptäckas blödningar eller varhärdar. Bukmusklerna äro minst förändrade, af något rödare färg än öfriga muskler. Mjälten är ej förstorad (exakta måtten förkomna), från inre organ intet att anmärka. Hjärne och ryggmärg uttogos ej. Bitar tillvaratogos ur musc. biceps brachii, pectoralis major, intercostales, peroneus, tunga, larynx, farynx, diafragma och hjärtat, jämte muskelnerver till musc. peronei och underarmarnas muskler samt bitar af n. peroneus, ischiadius och radialis. Muskelstyckena undersöktes dels i färskt tillstånd på närvaro af gregariner och bakterier, dels härdades de i MÜLLERS vätska, hvarefter både »Zupfpräparat» och snitt efter inbäddning i celloidin gjordes. Nervstyckena härdades i osmiumsyra 1 %.

I alla dessa muskelbitar anträffades förändringar af ett eller annat slag, som dock voro ganska olika i de olika muskeltrådarna. I en hel del trådar var endast tvärstrimmigheten otydlig, i andra var hvarje spår af sådan försvunnen, men i stället framträdde en finfibrillär längdstrimmighet. I andra saknades åter hvarje strimmighet och muskeltråden var antingen hyalin (vaxdegenererad), eller fin- eller grofkornig. Denna förändring var ej bunden vid någon särskild form af muskeltrådar, både de breda och de smala trådarna, som ej förekommo i någon anmärkningsvärd mängd, visade dem. Kärnarna voro ej ökade, vakuoler i muskelsubstansen kunde ej påvisas hvarken å tvärsnitt eller i »Zupfpräparat». I interstitierna var den konstantaste förändringen en höggradig dilatation och utfyllnad af kapillärerna och de mindre blodkärlen med röda blodkroppar. I kapillärerna låg den ena blodkroppen i rad efter den andra utan luckor i lumen, de mindre kärlen voro fylda af tätt packade röda blodkroppar. Kärlväggen visade ej någon tydlig förändring. Dessutom anträffades här och hvar i några muskler fria röda blodkroppar i den intramuskulära bindväfven och fläckvis, oftast kring ett kärl, anhopningar af rundceller, hvilka anhopningar alltid voro mikroskopiska, aldrig kunde upptäckas med blotta ögat.

Dessa förändringar voro emellertid mycket ojämnt fördelade i de olika undersökta muskelstyckena.

Minst voro förändringarna i *hjärtats muskulatur*. Här var muskelsubstansen så godt som oförändrad, några tydligt degenererade trådar anträffades icke, men väl framträdde äfven här en dilatation af små kärl, om också ej så betydlig som i andra muskler.

Obetydliga voro muskelsubstansens förändringar äfven i *tungan*. De flesta muskeltrådarna voro här normala med tydlig tvärstrimmighet, blott en och annan sådan anträffades med otydlig tvärstrimmighet eller finkornigt innehåll utan strimmighet. I bindväfven saknades rundcellsanhopningar, och fylda kapillärer framträdde endast sparsamt.

Likaså var *musc. biceps* relatift mindre förändrad; i den samma funnos flere friska än förändrade muskeltrådar, och de af blodkroppar utspända kapillärerna voro ej så talrika som i flere af de följande musklerna. Däremot anträffades i denna muskel rätt rikliga hopar af rundceller i bindväfven, särskildt kring de mindre kärlen.

Större voro förändringarna i *diafragma*, i *larynx'* muskulatur samt i *musc. peroneus*. I *diafragma* funnos rätt talrika förändrade muskeltrådar, ehuru här äfven det större flertalet trådar tycktes vara normalt. Däremot voro här kapillärerna i allmänhet kolossalt fylda, och fläckvis anträffades rundcellshopar å tvärsnitt.

I *larynx muskler* var förhållandet det samma; en stor del trådar visade otydlig tvärstrimmighet och kornighet, och kapillärerna voro öfveralt fylda af blodkroppar.

I *musc. peroneus* voro förändringarna ännu höggradigare. Öfveralt anträffades förändrade muskeltrådar, än enstaka, än flere bredvid hvarandra, och här anträffades en hel del hyalina trådar. Fläckvis fans rundcellsinfiltration, och dessutom voro äfven kapillärerna öfveralt fylda.

De höggradigaste förändringarna anträffades i *musc. intercostales, pectorales* och i *farynx'* muskler. I *m. pectorales* funnos hela muskelbundtar med uteslutande förändrade trådar af alla slag, och de oförändrade trådarna voro färre än de förändrade; de hyalina trådarna voro här jämförelsevis sparsammare, medan de fin- och grofkorniga funnos i riklig mängd. Blodkärlen kolossalt fylda, sparsamt här och hvar rundcellsinfiltration.

I *musc. intercostales* voro förändringarna lika höggradiga, dock tycktes här de finkorniga och hyalina trådarna vara talrikare än de grofkorniga. För öfrigt äfven här blodkärlsfyllnad och rundcellsinfiltration.

I *farynx' muskler* funnos endast få normala trådar, för öfrigt var bilden den samma som i de förut nämnda musklerna.

Dessa förändringar visade emellertid i samma muskel mycket olika fördelning. Endast i de sist nämnda musklerna kunde man anträffa hela muskelbundtar med förändrade trådar, i andra voro normala sådana spridda bland bundtar af förändrade; ju mindre utpräglad förändringen var, dess mera lågo förändrade och oförändrade trådar blandade om hvartannat. Bredvid en höggradigt förändrad tråd utan all strimmighet med hyalint eller kornigt innehåll kunde då ligga en normalt tvärstrimmig, nästa tråd visade endast otydlig tvärstrimmighet, den följande kunde å nyo vara normal o. s. v. De olika muskelbundtarna visade i detta hänseende alla möjliga variationer. Men äfven i muskelbundtar med så godt som uteslutande normalt tvärstrimmiga trådar anträffades de dilaterade kapillärerna.

De undersökta nerverna och nervstammarna visade intet abnormt.

Mikroorganismer eller gregariner kunde, trots upprepade undersökningar, ej anträffas någonstädes.

Nu meddelade fall är ett fullt typiskt sådant af en subakut dermatomyosit, och någon tvekan om diagnosen kunde ej råda

under lifvet. Alla de för sjukdomen karakteristiska symptomen funnos, och får jag tillfälle närmare granska dem i den öfversikt af sjukdomens symptom m. m., jag nu går att lemna.

Vid denna har jag ej jämfört andra fall än sådana, som otvifvelaktigt höra hit och öfverensstämma i sina väsentligaste drag med den af UNVERRICHT lemnade skildringen. De fall, som endast äro uttryck för en sekundärinfektion, hafva därför ej användts, ej häller åtskilliga fall, som af LEVY ansetts böra räknas till i fråga varande sjukdom, men som dock i så väsentliga hänseenden skilja sig därifrån, att detta näppeligen kan anses vara berättigadt; sådana äro HEPPS, GIES' och SCHULZ' fall.

Skälen härför torde jag få återkomma till längre fram.

1) Symptomatologi.

I ett af sina första arbeten karakteriserar UNVERRICHT sjukdomen på följande sätt: Sjukdomen uppträder med feber, mjältansvällning, ödemer, utpräg1adt inflammatoriska muskelförändringar, företrädesvis i extremiteternas muskulatur, lidandet är progressift, angriper svalg- och andningsmuskulaturen, medan ögonmusklerna, hjärtat och diafragma förblifva oberörda; dessutom förefinnas urticarie- eller erysipelasliknande utslag, och döden följer under kväfningsanfall och symptom från lungorna. UNVERRICHT vågade då dock ej på grund af fåtalet fall afgöra, om i alla fall förloppet är progressift, eller om icke lättare former af denna sjukdom, som hittils ansetts höra till andra sjukdomar, förekomma oftare.

De sedan de första publikationerna följande observationerna visa också, att sjukdomen långt ifrån alltid är så typisk; tvärtom äro variationerna både i fråga om symptomens in- och extensitet och processens duration ganska betydliga. Redan af STRÜMPELLS sammanfattande framställning framgår detta, och, äfven om de sedermera offentliggjorda observationerna ej i etiologiskt hänseende förmått bringa större klarhet, har dock genom dessa symptombilden i mer än ett hänseende utvidgats.

Såsom redan af namnet framgår, har man att söka de väsentligaste symptomen från muskelsystemets sida, men därjämte uppträda såsom nästan konstanta symptom förändringar af underhudsbindväfven och själfva huden. Sjukdomen åtföljes oftast af smärtor, dels spontana dels ock oftare endast framträdande vid tryck och rörelser af de angripna musklerna, medan objektiva

sensibilitetsrubbningar äro mycket sällsynta och som regel obetydliga. Alla dessa symptom föregås ej sällan af ett kortare prodromalstadium med obestämda symptom, men ofta saknas äfven ett sådant.

a) Ålder och kön.

Sjukdomen träffar oftast personer i den kraftigaste åldern. Den yngste observerade patienten var 3 år (SCHULTZE), den äldsta 70 år (STRÜMPELL), men öfvervägande angripen är lefnadsåldern mellan 21—50 år. Så var 1 patient under 10 år, 3 mellan 11—20, 6 mellan 21—30, 6 mellan 31—40, 5 mellan 41—50 och 3 mellan 61—70 år. Könet är af liten betydelse, i det 13 män och 10 kvinnor finnas bland de insjuknade (i FENOGLIOS fall finnes ingen uppgift om könet).

b) Prodromer.

Prodromer tyckas i allmänhet vara föga utpräglade och saknas mycket ofta. Endast i ett fåtal fall finnas sådana angifna och vanligen då af mycket obestämd natur i form af allmänt illamående eller stor trötthet och detta under varierande tidrymder. Så klagade HEPPS patient öfver illamående, allmän mattighet och trötthet under 2—3 veckors tid, innan de första symptomen uppträdde. PLEHNS patient blef samma dag, smärtorna uppträdde, matt och illamående, fick hufvudvärk och svindel, STRÜMPELLS led under 8 dagar af hufvudvärk, kräkningar, allmänt illamående och matthet, SENATORS andra patient led af dålig matlust, sömnlöshet, mattighet samt vaga smärtor i ryggen och styfva leder, LEVYS förste patient under 1 vecka af hosta, heshet och bristande matlust, och *min* patient var lång tid trött och matt. Andra klaga öfver smärtor i kors och rygg.

c) Initialsymptom.

Hos de flesta börjar dock sjukdomen plötsligt utan dylika prodromer och utvecklas sedan progressift. I detta hänseende finnes dock ingen bestämd regel. Från alla de i allmänhet intresserade organen kunna genast till en början symptom uppträda och detta med mycket stora variationer; än inledes processen med smärtor, än med smärtor och rodnad, än med erytem, men i allmänhet kan man ganska väl bestämma tidpunkten, då sjukdomen utbrutit.

Oftast tyckes patienten klaga öfver initiala smärtor i olika kroppsdelar, vanligast då i extremiteterna; så i alla extremiteterna i UNVERRICHTS andra fall, i benen i ett af LEVYS fall och i HERZ' fall, i underbenen ensamt i LÖWENFELDS och SENATORS fall, i lår och kors i BOECKS fall, i buken i ett af LEVYS fall. I andra åter uppträda samtidigt rodnad och smärta i ansiktet och extremiteterna, såsom i POTAINS fall, i andra åter genast smärtor, rodnad, tryck, ömhet och lindrigt ödem såsom i JACOBYS fall eller endast smärtor och ödem (BUSS). Å andra sidan kunna dock till en början smärtor saknas, och endast ett erytem utbildas (PRINZING å vaden, LEVY å benet) eller svullnad och klåda (UNVERRICHT) å benen. I enstaka fall omnämnes äfven genast till en början en angina (HEPP, STRÜMPELL, HERZ) eller stomatit (BOECK).

Snart följas dessa dock af öfriga karakteristiska symptom från musklernas och hudens sida, som gifva sjukdomen dess egendomliga utseende.

d) Ödemen.

Främst bland dessa faller i ögonen det höggradiga ödem, som ofta utbildas och vanligen är ett mycket tidigt framträdande symptom. Det finnes i alla fall utan undantag utom i det af LEVY omnämnda abortiva fallet; det är i allmänhet mycket betydligt, så att de normala kroppsformerna alldeles förändras, t. ex. ögonlocken svullna igen, extremiteterna blifva oformligt tjocka och cylindriska. Endast i JACOBYS, PLEHNS och ett af HERZ' fall uppgifves det vara obetydligt. Detta ödem är vanligen mycket hårdt och fast; endast med största svårighet kan fingret pressas in i de samma, och ofta erhålles ingen kvarstående grop; det kan vara så höggradigt, att underliggande muskelmassors konturer ej kunna palperas. Så uppgifves förhållandet hafva varit i de flesta fall; endast BOECK och LEVY fingo tydligt kvarstående gropar, och i BUSS' fall uppgifves det samma hafva varit degigt; så var äfven förhållandet i *mitt* fall. Dock gäller detta endast, då processen är på sin höjdpunkt; under rekonvalescensstadiet, då det småningom försvinner, mjuknar det och fingret kvarlemnar då ofta djupa impressioner. Huden öfver ödemet är som regel blek, där ej de längre fram omnämnda erytemen eller exantemen uppträda, men i några fall uppgifves den hafva varit lifligt röd, så att

processen till en början gjorde intryck af att vara en akut flegmonös inflammation (UNVERRICHT, STRÜMPELL, LEVY).

Ödemet är emellertid ej jämt fördeladt. Oftast uppträder det å extremiteterna, å hvilka det ej saknats i mer än ett fall (det flere gånger omnämnda abortivfallet (LEVY). Men för öfrigt kan detta ödem uppträda så godt som öfveralt, minst ofta tyckes det förekomma å buken. Därför att en kroppsdel angripes, är det emellertid ej sagdt, att den i sin helhet sväller. Hvad då först ödemets utbredning beträffar, finna vi vid en närmare granskning af fallen ett sådant å armar, ben, ansikte och bröst i 2 fall (HEPP, UNVERRICHT), å armar, ben och ansikte i 3 fall (POTAIN, BUSS, SCHULTZE), armar, ben, ansikte och buk i 1 fall (LEVY), armar, ben, bröst, buk och ansikte i 2 fall (UNVERRICHT, KÖSTER), å armar och ansikte i 1 fall (STRÜMPELL), å ben och buk i 1 fall (LEVY) samt uteslutande å alla extremiteterna i 7 fall (WAGNER, JACOBY, LÖWENFELD, PRINZING, BOECK, SENATOR (2 fall), uteslutande å armarna i 2 fall (WAGNER, PLEHN), uteslutande å benen i 3 fall (LEVY, HERZ (2 fall).

Men å hvart och ett af dessa ställen är ödemets utbredning mycket varierande. Ej sällan angriper det hela extremiteten, i andra fall åter blott delar däraf. Uppgifterna härom äro ej fullt exakta i alla fall; i några finnas dock bestämda sådana; så voro t. ex. å armarna i PLEHNS och STRÜMPELLS fall endast underarmarna ödematösa och i JACOBYS fall endast öfverarmen, å benen i WAGNERS andra och ett af HERZ' fall endast underbenen, i BOECKS endast låren. I ansiktet är svullnaden ofta begränsad till ögonlocken, hvilka till och med kunna vara högst betydligt svälda som t. ex. i UNVERRICHTS andra, LEVYS första och BUSS' fall, men i andra är ödemet inskränkt till buckan (BOECKS), underläppen (STRÜMPELL) eller mest utvecktladt i ögonlocken och läpparna (KÖSTER).

I allmänhet kan man säga, att ödemet är mest utpräglадt öfver muskelmassorna; så angifves uttryckligen förhållandet hafva varit i POTAINS, HEPPS, JACOBYS, LEVYS och HERZ' första fall, medan lederna förblifva relatift fria. Men å andra sidan uppgifves, att det varit mest utpräglаdt kring armbågsleden, så att armen liknade en uppåt och nedåt afsmalnande spole, i HEPPS och PRINZINGS fall. Mycket ofta upphör ödemet vid handleden och fotleden (HEPP, BOECK, STRÜMPELL, HERZ), i POTAINS fall redan å underbenens midt, och detta ansågs till en början vara till en viss grad karakteristiskt, men nyare ob-

servationer hafva visat, att så ej alltid behöfver vara fallet; så var handryggen ödematös i WAGNERS andra (obetydligt), PLEHNS, BUSS', LEVYS första, SCHULTZES och *mitt* fall och äfven i HEPPS fall uppträdde sent omsider ett lindrigt ödem därstädes; likaså voro fötterna ödematösa i HEPPS, LEVYS (2 fall), HERZ' och SCHULTZES fall. Ödemet går ofta ej häller rundt kring hela extrimeteten; så finna vi i JACOBYS fall armarnas sträcksidor fria, medan åter i HERZ' andra fall och BUSS' samt *mitt* till en början sträcksidorna voro öfvervägande angripna, och ännn mera begränsadt var det i UNVERRICHTS andra fall, i hvilket det uppträdde öfver adduktorerna å låret, samt i LEVYS andra fall, i hvilket det fans endast å benets utsida från trochanter till malleolus externus.

I allmänhet hör detta ödem till de tidiga symptomen och uppträder kort tid efter eller samtidigt med de initiala smärtorna; i några fall (POTAIN, WAGNER, LÖWENFELD) hafva dock längre tid smärtor föregått. Sällan angripas alla delar på en gång, i det processen har en utpräglad tendens att gripa öfver på den ena kroppsdelen efter den andra; ofta förbättras eller försvinner ödemet därvid å de först angripna partierna, medan det tilltar å ett annat; ej sällan ser man det äfven å nyo uppträda å en förut angripen kroppsdel, som en tid varit fri från detsamma. Dess duration är äfven mycket olika, än varar det blott några dagar som i PLEHNS fall, än står det kvar veckor och månader, än åter varierar det under åratal alt efter processens förlopp och duration.

e) Erytemer och exantemer.

Till de konstanta symptomen höra äfven hudutslagen, hvilkas närvaro gifvit UNVERRICHT anledning benämna sjukdomen dermatomyosit. Endast i tvänne fall tyckas dessa hafva saknats, nämligen i BOECKS, och LEVYS sista fall. I alla öfriga, om man undantager WAGNERS första och FENOGLIOS fall, i hvilka inga uppgifter i detta hänseende finnas, äro de omnämnda. Hudförändringen är emellertid af mycket olika art och uppträder liksom ödemet äfven å mycket skilda ställen.

Hvad dess form beträffar, så varierar den från enkel rodnad till upphöjda, urtikarieliknande bildningar, eller också uppträda hudblödningar af större eller mindre utsträckning. Så finna vi en erysipelasliknande rodnad angifven i WAGNERS,

STRÜMPELLS, SENATORS och LEVYS andra fall (i det senare snart följdt af en purpura), ett erytema i POTAINS, HEPPS samt i SENATORS första ett erytema contusiforme, i BUSS' fall ett mera morbilliliknande erytem, som slutligen öfvergick till ett erytema contusiforme med blödningar. I HEPPS fall funnos röda, ej upphöjda fläckar samt senare miliariaeruption å buken, i JACOBYS rodnad med blödningar, i PLEHNS dels roseolaliknande erytem, dels mera diffus rodnad och blödningar, i LÖWENFELDS röda, småningom konfluerande fläckar med smutsigt brunt centrum och kvarstående hudpigmentering. I HERZ' fall funnos i det första trenne rodnade zoner å ena benet, i det andra fallet tvänne begränsade, rodnade fläckar, i PRINZINGS fall mera blåröda fläckar, i LEVYS första lins- 2-örestora upphöjda fläckar, till hvilka senare en purpura sällade sig, i *mitt* fall ett erytem i ansiktet och samtidigt ett rodnande ekzem å händerna. Utpräglad purpura fans dessutom i 2 af LEVYS fall, medan mera urtikarieliknande exantem fans i UNVERRICHTS båda fall samt i SENATORS andra, ehuru det är tvifvelaktigt, om i sist nämnda fallet eruptionen kan sättas i samband med sjukdomen, då den uppträdt endast en gång efter ett bad. Egendomliga upphöjda, blåaktiga ringar å underbenen, motsvarande strumpebands fåran, observerades i LEVYS sista fall. Slutligen omnämnes ett tydligt ekzem i SCHULTZES och *mitt* fall, (se ofvan) samt en herpes å läpparna i PLEHNS fall.

Oftast uppträder utslaget å extremiteterna, relatift ofta äfven i ansiktet, i svalget och å bröstet, medan åter halsen, ryggen och buken endast sällan tyckas vara angripna. Så finna vi ansiktet ensamt angripet i 3 fall (UNVERRICHT, STRÜMPELL och SCHULTZE), ansiktet och epigastrium i 1 (POTAIN). I alla de öfriga äro extremiteterna äfven intresserade, uteslutande armarna i 1 (WAGNERS andra fall), uteslutande benen i 4 (PRINZING, LEVY (2 fall), HERZ), endast de fyra extremitererna i 3 (SENATOR (2 fall) och HERZ), medan i de öfriga äfven jämte extremiteterna ansiktet eller bålen visa ett utslag; så händer och ansikte i *mitt* fall, armar, ben och ansikte i LÖWENFELDS fall, armar, ben och bål i PLEHNS fall, armar, ben, buk och bröst i BUSS' fall, armar, ben, ansikte och bröst i ett af LEVYS fall, samma delar jämte buken i UNVERRICHTS andra fall, ben, hals, rygg och bröst i HEPPS fall och slutligen så godt som hela kroppsytan i SCHULTZES fall.

Fördelningen å de respektive ställena är dock mycket olika. Så voro i fråga om armarna endast underarmarna intresserade i WAGNERS, HERZ' och BUSS' samt i PLEHNS fall — i det sist nämnda uppgifvas äfven händerna varit angripna — medan uteslutande händerna visade exantemet i ett af LEVYS och i *mitt* fall, och å benen uppträdde det uteslutande å låren i PLEHNS och BUSS' fall, uteslutande å underbenen i HEPPS, PRINZINGS och två af LEVYS samt HERZ' andra fall. I ansiktet å ögonlocken i SCHULTZES fall, samt därjämte å pannan i UNVERRICHTS fall, å näsan i POTAINS fall och å läpparna i *mitt* fall. Å buken var erytemet begränsadt till endast epigastrium i POTAINS fall.

Därjämte angripes äfven i flere fall svalgets slemhinna (se senare under angina), hvarjämte en utpräglad stomatit fans i STRÜMPELLS, LEVYS första, BUSS' och *mitt* fall.

Detta utslag uppträder dock ingalunda samtidigt öfveralt, ehuruväl i detta hänseende variationerna ej äro så stora, som fallet var i fråga om ödemen. I allmänhet uppträder det i ett tidigt stadium af sjukdomen och kan rent af, såsom förut nämnts, vara det första symptomet, som iakttages; undantag finnas dock, så i WAGNERS fall, i hvilket det uppträdde först efter 3 veckor, i UNVERRICHTS, i hvilket 8—10 dygn förflöto före dess framträdande; i ett fall, i hvilket sjukdomen uppträdde anfallsvis, fans intet erytem under de två första anfallen, utan utbildades först i det tredje ungefär 6 månader från sjukdomens början (LÖWENFELD). Långa tider kan patienten vara fri från detta erytem, fastän symptom för öfrigt finnas på, att processen fortgår, och därpå utbryter ett nytt exantem, någon gång af annan art än det först uppträdda. Så var t. ex. fallet i ett af LEVYS fall, i hvilket till en början ett fläckvis uppträdande erytem utbildades, som bleknade efter 14 dagar, hvarpå efter 3 månader en purpura, som kom och gick, framträdde. Men, äfven där utbrotten följa hastigare, kan exantemet vara af olika art, såsom i PLEHNS fall, i hvilket till en början en rodnad uppträdde å extremiteterna, som försvann efter 1 dag, då i stället ett roseol observerades å bröstet, 4 dagar senare följdt af blekblåa blödningar å bål och lår.

I allmänhet föregås detta erytemets utbrott ej af några särskilda symptom, om man undantager smärtor i några fall af varierande intensitet. Till och med i det fall af LEVY, i hvilket uteslutande en purpura utbildades, saknades alla allmänsymptom. Endast i ett af LEVYS fall uppträdde plötsligen en höggradig

kollaps, delirier och hög feber, som följande dag följdes af en öfver hela kroppen utbredd purpura.

Utslaget hör till de flyktigare symptomen; i de flesta fallen försvinner det före både ödemen och muskelförändringarna, ehuru det å andra sidan kan kvarstå ganska länge. Redan efter en dag kan en uppträdande rodnad vara försvunnen igen såsom t. ex. i PLEHNS fall, ehuru sedan utslag af annan form uppträdde, i andra varar det 1 vecka, men å andra sidan fans ett utslag så godt som under processens hela duration, såsom t. ex. i JACOBYS fall under 2 ½ år.

f) Muskelsymptom.

Dessa höra otvifvelaktigt till de viktigaste och mest karakteristiska bland symptomen. Sjukdomen har ju ursprungligen af dem fått sitt namn, och de hufvudsakligaste patologiska förändringarna träffas i musklerna.

I sin första uppsats uppgaf UNVERRICHT såsom karakteristiskt, att hjärtat, diafragma och ögonmusklerna voro fria, men senare offentliggjorda fall hafva visat, att så ej är fallet. Alla kroppens voluntära muskler tyckas kunna angripas, och ej häller hjärtat tyckes gå fritt. Det är emellertid svårt att med full säkerhet i alla fall afgöra, huru många och hvilka muskler, som varit angripna. I ett stort antal fall har förloppet varit gynsamt, och utskurna stycken från en begränsad muskel hafva varit det enda material, man kunnat erhålla för att patologiskt anatomiskt bestämma processen; men i en stor del fall hafva dylika excisioner ej kunnat utföras. Man kan i dessa endast draga ungefärlig slutsats om, hvilka muskler varit förändrade, på grund af för handen varande tryckömhet och ödemets utbredning, då detta i allmänhet är mest utprägladt öfver de angripna muskelmassorna; men tydligt är, att dels ödemets storlek många gånger omöjliggör en noggrannare bestämning, huruvida alla eller blott några af de underliggande musklerna äro angripna, dels samma svårighet i många fall möter vid bestämmandet på grund af tryckömheten, i synnerhet som det mången gång torde vara svårt att afgöra, huru stor del af denna beror på underhudsförändringen, huru stor del på muskelförändringen. Det torde därför vara mycket sannolikt, att oftare, än som af uppgifterna tyckes, de respektive musklerna varit angripna.

Muskelförändringen katakteriseras af *smärtor i musklernas substans* både vid tryck och vid rörelser samt af *en ansvällning* af dem, hvarvid muskeln ofta antager en egendomlig konsistens; patienterna blifva på grund häraf ofta oförmögna att utföra rörelser med de angripna delarna, i de flesta fall inskränkes i hvarje händelse den aktiva rörelseförmågan mer eller mindre. Denna muskelförändring försvinner slutligen i de fall, som ej leda till dödlig utgång helt och hållet, eller också utbildas i enstaka fall atrofier och kontrakturer.

Tryckömheten är ett konstant symptom i nästan alla fall. Undantag finnas dock, i det i några fall sektionen visat muskler angripna, i andra musklerna tydligen varit förändrade under lifvet, utan att ömhet kunnat konstateras. Så voro i WAGNERS andra fall armarna oömma, medan åter utpräglad ömhet fans å hals- och nackmusklerna; i HEPPS fall tyckes ingen ömhet hafva funnits, och likadant var förhållandet till en början i BOECKS fall å armarna; äfven i LEVYS andra fall var ömheten obetydlig. I alla andra, något så när noggrant beskrifna fall uppgifves en sådan hafva funnits och vanligen då ganska höggradig, om också fall sådana som PLEHNS, i hvilket patienten vid minsta vidrörande uppgaf höga skrik och kloniska ryckningar i hela kroppen uppträdde, höra till undantagen.

Smärtan vid rörelser är äfvenledes tämligen konstant, fastän den varierar inom vida gränser och kan vara så höggradig, att alla både aktiva och passiva rörelser däraf omöjliggöras. Endast i ett fall (UNVERRICHTS andra fall) uppgifves rörelserna hafva varit obehindrade, och i fall af HEPP, UNVERRICHT (första) och HERZ voro de relatift obetydliga, i det första framträdande först vid betydligare exkursioner på grund af en uppträdd kontraktur i musklerna. I allmänhet är denna smärta lokaliserad till hela muskeln eller åtminstone ej till bestämda delar däraf; ett undantag i detta hänseende bildar äfvenledes HEPPS fall, i hvilket smärtan var lokaliserad till muskelns öfvergång i senan, och äfven i ett af HERZ' fall var detta ställe mest ömt.

Samtidigt med de nu nämnda symptomens uppträdande eller kort efteråt svälla oftast musklerna och antaga en *egendomlig konsistens*, ehuruväl denna ofta är svår att bestämma på grund af det öfverliggande ödemets tjocklek och hårdhet samt omöjligheten att på grund af ömheten utföra en starkare palpation af muskelköttet. Denna ansvällning är sällan mycket höggradig, så att på grund af den samma någon utpräglad miss-

bildning af de naturliga formerna utbildas, men den är dock tydlig. Obetydlig uppgifves den endast hafva varit i PLEHNS fall, och i POTAINS fall tyckes en sådan hafva saknats. Musklerna kännas ej sällan degiga eller också blifva de halffasta, styfva, oelastiska. En sådan förändring angriper i de fall, där den kunnat konstateras, oftast hela muskeln och till och med muskelgrupper, men i ett par fall har man kunnat konstatera begränsad svullnad af långsträcktare muskler, så t. ex. i PRINZINGS fall, i hvilket processen till en början angrep nedre delen af vastus externus och därpå vandrade uppåt genom hela muskeln, senare hoppade öfver å musklerna å lårets framsida å deras nedre del och sedan äfvenledes vandrade uppåt, samt i ett senare stadium en öm, äggstor knöl uppträdde i ena öfverarmens triceps. Begränsade svullnader förekommo likaledes i ett af SENATORS fall å armen och i två af LEVYS fall, i det ena å buken, i det andra å benet, men dessa fall bilda, såsom nämnts, undantag.

På grund af nu nämnda process i musklerna försvåras de aktiva rörelserna. I en stor del fall måste man tillskrifva detta de lifliga smärtor, som i ännu högre grad uppstå, då patienterna aktift försöka röra de redan förut vid passiva rörelser smärtande musklerna. Men därjämte tyckes i ett ej obetydligt antal fall en verklig *pares* utbildas, som någon gång stegras till fullkomlig paralys, så att patienterna ligga hjälplösa och oförmögna att på minsta sätt sköta sig själfva. Patienterna kunna då ej resa sig, ej föra maten till munnen; då de resas upp, faller hufvudet slapt framåt eller bakåt. Sådana pareser af större eller mindre utsträckning finnas omnämnda i POTAINS, HEPPS, mest utpräglad i armarna, JACOBYS — i båda de senare funnos fot- och tårörelserna kvar, medan öfriga rörelser af extremiteterna voro borta — BOECKS, LÖWENFELDS, PRINZINGS, STRÜMPELLS, LEVYS första och fjärde fall, i det senare dock endast af ena benet medan det andra egde normal kraft, SCHULTZES, ben och nacke, samt *mitt* fall. Ansiktet tyckes vara relatift mindre angripet, endast i POTAINS fall omnämnes uttryckligen en slapphet af ansiktsmusklerna. Normal kraft tyckes endast hafva funnits i UNVERRICHTS båda fall.

Denna pares försvinner som regel samtidigt med att öfriga symptom lindras, och någon egentlig fara bringa de ej patienten, så länge ej svalgets muskler eller respirationsmusklerna (se längre fram) angripits. I ett och annat fall

finna vi dock, att en sådan återgång ej inträffar, utan att *en atrofi* med kvarstående svaghet af de angripna musklerna utbildas. Så var fallet i FENOGLIOS fall, i JACOBYS (quadriceps, vasti nedre del, i synnerhet å vänster ben, deltoideus och främre delen af i synnerhet vänstra cucullaris, dorsalinterrossei och tenar), i LÖWENFELDS (armmusklerna, i synnerhet triceps och deltoideus, thoraxmusklerna, i synnerhet pectoralis major, rygg- och skuldermuskulaturen, samt benmusklerna, i synnerhet lårmuskulaturen), UNVERRICHTS andra fall (deltoidei), LEVYS första fall (hypotenar), SCHULTZES fall (armar och ben) samt *mitt* fall (m. pectoralis).

I motsats häremot tyckes någon enda gång *en hypertrofi* utbildas, så i JACOBYS fall, som är anmärkningsvärdt just på grund af dennas samtidiga förekomst med atrofi i andra muskler (se ofvan). I detta fall voro följande muskler hypertrofiska: rectus femoris, adductores och glutei, biceps och triceps brachii.

En annan följd af muskelprocessen är en i några fall observerad *kontraktur*, som dock i allmänhet går tillbaka. Sådan finnes omnämnd i HEPPS, JACOBYS och SCHULTZES fall samt fans möjligen äfven i *mitt* fall i musc. biceps.

I samband härmed förtjänar omnämnas i HEPPS och LEVYS fall uppträdande *kramp* af smärtsam art, ett symptom, som dock tyckes vara mera tillfälligt.

Utbredningen af processen i musklerna varierar liksom ödemen och erytemen i mycket hög grad. Men, såsom nämnts, en öfversikt af denna utbredning kan ej gifva några fullt bestämda begrepp om den samma, åtminstone hvad beträffar frekvensen af de olika musklernas angripande. Den kan därför endast gifva ett ungefärligt begrepp om processens utbredning; så mycket visar den dock, att så godt som inga muskler förskonas, men att med förkärlek vissa grupper angripas, medan andra oftast gå fria.

I allmänhet kan man säga, att muskelprocessen tyckes vara relatift mera utbredd, än hvad fallet är i fråga om förut nämnda symptom. Det är undantag, att processen förblir inskränkt till extremiteterna. såsom t. ex. i HERZ' och BUSS' båda fall. Som regel äro åtminstone några delar af bålens muskler äfven angripna, särskildt de å framsidan belägna, medan ryggens och nackens muskler mindre ofta tyckas vara intresserade, å andra sidan visar åter ansiktet, där ju relatift ofta ett erytem uppträder, endast sällan tecken till muskelförändringar. Så t. ex. voro i PLEHNS fall så godt som alla muskler med undantag af

ansiktets, i *mitt* därjämte äfven ansiktets muskler angripna, medan i ett stort antal ej blott alla fyra extremiteterna, utan äfven en stor del af dels bålens dels halsens eller nackens, dels äfven svalgets muskler voro förändrade (HEPP, UNVERRICHT, JACOBY, LÖWENFELD, BOECK, STRÜMPELL, SENATOR, LEVY, SCHULTZE). Uteslutande i benen uppträdde muskelförändringen endast i ett af HERZ' fall, i armar och ben i ett af HERZ' och BUSS' fall, i armar, ben samt svalget i PRINZINGS fall, i benen och å buken i ett af LEVYS fall, i benen samt större delen af bålen i det fjärde af LEVYS fall, i armar och bålen i WAGNERS första fall, i armarna, ansiktet, samt svalget och sannolikt äfven larynx i POTAINS fall.

Extremiteterna äro, som af det sagda framgår, i allmänhet intresserade oftast och i mycket hög grad, samt vanligen då å båda sidorna.

Men å dessa är fördelningen rätt ojämn, åtminstone i flere fall, i hvilka den närmare kunnat bestämmas. Så var öfverarmen mera angripen än underarmen i UNVERRICHTS andra fall, i allmänhet sträcksidornas muskler mera än böjsidans i BUSS' och å armarna i HERZ' andra fall; i UNVERRICHTS fall voro böjarna oförändrade, medan å andra sidan i WAGNERS, JACOBYS, PRINZINGS och STRÜMPELLS samt å benen i HERZ' nyss nämnda fall böjsidornas muskler voro starkare angripna än sträcksidornas.

I fråga om de särskilda musklerna å armarna förtjänar följande framhållas: i öfverarmen var i STRÜMPELLS fall deltoideus starkast angripen af alla musklerna, biceps uppgifves hafva varit normal till större delen och hafva visat förändringar endast närmare senorna i UNVERRICHTS första fall, medan deltoideus i detta fall var betydligt förändrad och triceps var normal. Särskildt i flere af armarnas muskler framträdde äfven den förut omnämnda kvarstående atrofien (se ofvan).

Af benens muskler uppgifvas adduktorerna liksom gluteerna och vadorna hafva varit normala i WAGNERS fall, samt fotmusklerna i JACOBYS fall, ehuru här större delen af benmuskulaturen för öfrigt var angripen; endast lårmusklerna voro angripna i POTAINS och BOECKS fall, medan underbenets muskler i dessa voro oberörda; tvärtom voro uteslutande vadorna förändrade i ett af HERZ' fall och uteslutande musklerna å benens utsida i LEVYS andra fall.

Ansiktets muskler voro, såsom förut nämnts, i så godt som alla fall oberörda. Endast i UNVERRICHTS fall uppträdde i senare stadier en ömhet af dem och i BOECKS och *mitt* tyckas de hafva varit förändrade. Tuggmusklerna uppgifvas uttryckligen hafva varit normala i HEPPS och LEVYS första fall, medan de i de senare stadierna blefvo ömma i UNVERRICHTS andra fall samt voro tydligt angripna i BOECKS, STRÜMPELLS och SENATORS fall, så att tuggningen i dem blef rätt försvårad och var förenad med lifliga smärtor.

Halsens muskler uppgifvas hafva varit ömma eller paretiska i POTAINS, WAGNERS, HEPPS, UNVERRICHTS båda, PLEHNS, LÖWENFELDS, BOECKS, SCHULTZES och *mitt* fall, medan de uttryckligen angifvas normala i LEVYS första fall; särskildt omnämnes musc. sternocleidomastoideus i UNVERRICHTS båda och BOECKS fall.

Nackens muskler voro mindre ofta angripna, nämligen i WAGNERS, HEPPS, PLEHNS, UNVERRICHTS, SCHULTZES och *mitt* fall.

Å bålen voro bröstmusklerna angripna i POTAINS, WAGNERS, HEPPS, UNVERRICHTS båda — i det ena af dessa befans dock m. pectoralis minor och nedre delen af m. pectoralis major vara friska — PLEHNS, SENATORS båda, LEVYS första och *mitt* fall, medan de uttryckligen uppgifvas hafva varit normala i LEVYS sista fall; i LÖWENFELDS och BOECKS fall omnämnes endast m. pectoralis. Mm. intercostales angifvas särskildt hafva varit angripna i JACOBYS, UNVERRICHTS båda och mitt fall.

Bukmusklerna deltogo i processen i POTAINS, HEPPS, UNVERRICHTS, JACOBYS, LÖWENFELDS, BOECKS, SENATORS andra, LEVYS 3 och *mitt* fall; normala voro de i WAGNERS och PRINZINGS fall.

Ryggmusklerna åter angripas mera sällan. Obetydliga voro förändringarna i dem i UNVERRICHTS första fall, betydligare i UNVERRICHTS andra, JACOBYS, LEVYS första och *mitt* fall, särskildt cucullaris uppgifves hafva varit intresserad i BOECKS fall; atrofiska voro ryggmusklerna i LÖWENFELDS fall. Möjligen voro de ej häller fria i POTAINS fall, åtminstone klagade pat. öfver betydlig styfhet i ryggen. M. psoas uppgifves hafva varit förändrad i HEPPS, UNVERRICHTS, LÖWENFELDS och BOECKS fall.

Diafragma uppgifves uttryckligen hafva varit normal i HEPPS och UNVERRICHTS fall, men tyckes hafva varit förändrad i SENATORS andra, i WAGNERS, STRÜMPELLS samt i *mitt* fall.

Ögonmusklerna voro normala i alla fall utom i STRÜMPELLS, i hvilket uppträdde ptosis och pares af rectus internus.

Gå vi så till de muskler, hvilkas förändringar äro af största betydelse för processens prognos, nämligen munnens och svalgets, så finna vi de senare relatift ofta angripna. Minst ofta tyckes tungan vara förändrad, åtminstone finnes uppgift om förändring af dennas rörlighet endast i JACOBYS, STRÜMPELLS och *mitt* fall, medan åter farynxmuskulaturen ofta blir paretisk, till följd hvaraf patienterna få maten i vrångstrupen, eller åtminstone blir öm, så att sväljningen därigenom försvåras i större eller mindre grad. Så fans en tydlig pares i POTAINS, WAGNERS, HEPPS, UNVERRICHTS, LÖWENFELDS, PRINZINGS, STRÜMPELLS och *mitt* fall, medan i JACOBYS, BOECKS och SENATORS fall endast smärtor funnos vid sväljningen. Larynxmuskulaturen uppgifves hafva varit förändrad i endast ett fall, nämligen HEPPS, möjligen dock äfven i POTAINS, i hvilket rösten var skroflig.

Tidpunkten för musklernas angripande är ej alltid lätt att bestämma. Dock kan man i allmänhet säga, att muskelförändringarna utom i de fall, där de äro obetydliga, inträffa i ett relatift tidigt skede af sjukdomen. Tidigast angripas såsom regel extremiteterna, endast i ett fall (LEVYS fjärde) tyckes processen hafva börjat i bukmusklerna och å nedre delen af bröstkorgen. Hvad särskildt svalgmuskulaturen beträffar, så angripes den oftast först i senare stadier. Så var fallet i t. ex. WAGNERS första, UNVERRICHTS, JACOBYS, LÖWENFELDS, i hvilket dock sväljningssvårigheten uppträdde relatift tidigt, förbättrades, men mot slutet åter ökades, BOECKS, STRÜMPELLS, PRINZINGS och *mitt* fall. Men den kan äfven vara angripen relatift tidigt som i POTAINS, HEPPS och SENATORS andra fall.

Hvad hjärtats muskulatur beträffar, så ansåg UNVERRICHT dettas integritet vara karakteristiskt för sjukdomen. Men i åtskilliga fall finnas tydliga symptom på förändringar af det samma, och äfven vid sektionen hafva sådana anträffats, som ej kunnat sättas i samband med någon mer eller mindre långvarig feber eller inanition, utan måste sättas i paritet med öfriga muskelförändringar. Så var hjärtat slapt i WAGNERS båda och i *mitt* fall, samt visade under lifvet tydlig svaghet i LÖWENFELDS och PRINZINGS samt BUSS' fall.

g) Elektriska retbarheten.

I det större antalet fall har denna ej pröfvats, i andra har på grund af den höggradiga ömheten och smärtan vid rörelser en elektrisk undersökning ej kunnat utföras (LÖWENFELD, UNVERRICHT). Det är därför blott i ett fåtal fall, uppgifter härom förefinnas. Normal uppgifves den hafva varit i WAGNERS och sannolikt äfven PLEHNS fall, nedsatt var retbarheten i JACOBYS, BOECKS, STRÜMPELLS, LEVYS första och SCHULTZES fall, försvunnen i vissa muskler, men nedsatt i andra i HEPPS fall, tydlig EAR omnämnes endast i LEVYS första fall i några muskler.

h) Reflexer.

Äfven dessa tyckas endast hafva pröfvats i ett fåtal fall. Så uppgifvas patellarreflexerna hafva varit normala i SCHULTZES fall, nedsatta i JACOBYS, LÖWENFELDS och STRÜMPELLS fall samt försvunna i HEPPS, PRINZINGS och BOECKS, i senare fallet dock endast en kort tid. Senreflexerna å armarna voro normala i SCHULTZES fall och försvunna i HEPPS fall. Bukreflexen var normal i LÖWENFELDS, upphäfd i HEPPS fall, och plantarreflexen var normal i HEPPS, STRÜMPELLS och SCHULTZES fall.

i) Sensibla rubbningar.

Om man undantager de subjektiva smärtorna, är det just karakteristiskt för sjukdomsbilden, att svårare sensibla rubbningar saknas.

Dessa *smärtor* äro, såsom förut nämnts, just ett af de oftare förekommande initiala symptomen. De tyckas vara af tvänne slag, dels de vid muskelrörelser, både aktiva och passiva, uppträdande, hvilka redan förut omnämnts, dels äfven mera spontana. De sist nämnda förekomma dock mindre ofta, medan, såsom nämnts, i de flesta fall sådana uppstå vid rörelser af de angripna kroppsdelarna. Spontana smärtor finnas endast anmärkta i ett smärre antal fall, så i WAGNERS andra, i HEPPS, PLEHNS, PRINZINGS, UNVERRICHTS båda fall, LÖWENFELDS, BOECKS, SENATORS båda, LEVYS första och sista fall samt HERZ' andra och *mitt* fall. Ofta nog äro dessa af mycket intensiv art och kunna vara

mycket länge. Svåra voro de till en början endast i WAGNERS och BOECKS fall.

Som regel finnas de endast i de kroppsdelar, i hvilka äfven musklerna angripits, dock tyckas i ett par fall (WAGNERS, HEPPS och LÖWENFELDS) sådana hafva uppträdt i kors och rygg utan motsvarande muskelförändringar.

Smärtornas säte är öfvervägande i extremiteterna, oftast i benen. I armar och ben anmärktes de i POTAINS, WAGNERS, HEPPS, UNVERRICHTS båda, PLEHNS, LÖWENFELDS, PRINZINGS, STRÜMPELLS, SENATORS andra, LEVYS två första, BUSS' och *mitt* fall, ensamt i benen i SENATORS första och HERZ' båda fall, i bröstet i LÖWENFELDS, SENATORS första, LEVYS första och HERZ' ena fall, i buken i LÖWENFELDS och LEVYS tre första, i ryggen och korset i utom de tre ofvan nämnda äfven i SENATORS andra och *mitt* fall, i ansiktet i STRÜMPELLS, BUSS' och *mitt* fall.

Uttryckligen uppgifvas smärtor hafva saknats endast i det först omnämnda LEVY'ska fallet med endast purpuraexantem.

I fråga om *öfriga sensibilitetsrubbningar* äro dessa jämförelsevis obetydliga. Noggrannare pröfning har dock ej egt rum i ett stort antal fall, åtminstone innehålla sjukhistorierna inga uppgifter i detta hänseende. Normal uppgifves så sensibiliteten hafva varit i WAGNERS, JACOBYS och *mitt* fall, myrkrypningar och domningar omnämnas i WAGNERS, UNVERRICHTS, SENATORS andra och LEVYS första fall, *hyperestesi* i HEPPS och UNVERRICHTS fall. I sammanhang härmed förtjänar omnämnas, att ömhet af nerver endast omnämnes i STRÜMPELLS fall, ehuru nerverna mikroskopiskt visade sig vara normala.

k) Allmänna symptom.

Viktigast och konstantast bland dessa äro *temperaturförhöjningarna*. I tre fall (JACOBYS, FENOGLIS och SENATORS) finnes ingen uppgift om temperaturen, i fråga om de öfriga har den varit normal endast i UNVERRICHTS och LEVYS andra och tredje samt i *mitt* fall. I de öfriga tyckes feber hafva funnits, men denna är af mycket olika beskaffenhet. Än uppträder den tidigt, än först senare, sedan sjukdomen varat en tid (naturligtvis de terminala stegringarna på grund af tillstötande komplikationer ej medräknade), än har den varit rätt betydlig än obetydlig. Jämförelsevis betydlig har den varit i PLEHNS, STRÜMPELLS,

SENATORS första fall, i hvilket den hade rent tyfös karakter, i LEVYS första och i HERZ' första fall, mindre höggradig i WAGNERS, HEPPS, UNVERRICHTS, LÖWENFELDS, PRINZINGS, LEVYS två, HERZ' andra och BUSS' fall och obetydlig i POTAINS och BOECKS fall. Denna feber varar kortare eller längre tid, t. ex. i de 2 sist nämnda fallen endast några få resp. 2 dagar; i PLEHNS fall var den häftig, men varade endast 3 dagar, och äfven i LEVYS andra fall och HERZ' båda var den af kort varaktighet, medan den räckte jämförelsevis lång tid i WAGNERS, LÖWENFELDS, STRÜMPELLS, SENATORS första (ända till döden) och andra samt LEVYS första och fjärde fall.

Såsom nämnts är febern ingalunda alltid ett tidigt symptom. Ofta inledes visserligen processen med feberstegringar, såsom i HEPPS, PLEHNS, STRÜMPELLS, LEVYS, HERZ' och BUSS' fall, men i andra fall uppträder den först senare, sedan symptomen varat en viss tid.

För öfrigt äro allmänsymptomen jämförelsevis föga utpräglade. Naturligtvis finnes en ej oväsentlig *allmän nedsättning af lynnet och äfven krafterna* på grund af de ständiga smärtorna, som kunna beröfva patienten sömnen och pina honom beständigt, men för öfrigt finnas allmänsymptom jämförelsevis sällan omnämnda.

Så anmärkes *hufvudvärk* i POTAINS, HEPPS, PLEHNS och UNVERRICHTS fall, *nedsättning af minnet* i POTAINS fall, *omtöcknadt sensorium* i PRINZINGS och SENATORS första fall, *långsamt tal* fans i POTAINS och LÖWENFELDS, *syn-* och *hörselhallucinationer* i SENATORS andra och *delirier* i LEVYS andra fall, i sist nämnda dock helt kort tid strax före utbrottet af en allmän purpuraeruption. *Bristande matlust* finnes äfven omnämnd i fall af POTAIN, STRÜMPELL, SENATOR, LEVY och KÖSTER, *kväljningar* i UNVERRICHTS fall, *förstoppning* i 2 af LEVYS, HEPPS, STRÜMPELLS och SENATORS andra fall, *diarré* i POTAINS fall.

Ett symptom, som i många fall är mycket höggradigt utbildadt, är en *profus svettning.* Detta symptom kan ej uppfattas som ett svaghetssymptom, då det träffar ej blott nedsatta individer utan äfven kraftiga sådana, ofta tidigt, innan processen varat längre tid. Sådan finna vi i HEPPS, UNVERRICHTS, JACOBYS, LÖWENFELDS, SENATORS, två af LEVYS samt BUSS' och *mitt* fall. UNVERRICHT räknade det i sin första uppsats till de karakteristiska symptomen, men, som af det nu sagda

framgår, synes symptomet endast finnas i mindretalet fall och ingalunda vara väsentligt.

l) Komplikationer.

Förutom en och annan af mindre betydelse, är det egentligen tvänne, som ofta observeras, nämligen en angina och en bronkopnevmoni, af hvilka den sist nämnda vanligen förorsakar dödlig utgång.

En *angina* är relatift ofta observerad. Det kan vara tvifvelaktigt, om denna affektion bör uppfattas såsom en komplikation eller såsom uttryck för samma sjukdomsorsak, som framkallar erytemen och exantemen i huden. Af en och annan anhängare af sjukdomens infektiösa natur har rent af framkastats den förmodan, att ingångsporten för giftet vore att söka i tonsillerna, en uppfattning, som dock synes mig vara något sökt, då i det öfvervägande flertalet fall angina ej förekommer, i andra den uppträder först långt efter det öfriga sjukdomssymptom utbildats och progredierat från de först angripna delarna. Den förekommer dock för ofta för att vara en tillfällig komplikation och bör kanske rättast sättas i paritet med erytemen i huden. Någon egentlig betydelse för processens förlopp eger dock ej den uppträdande anginan, då prognosen ej försämras af den samma.

Denna angina är vanligen af lindrig art. Beläggningar äro jämförelsevis sällsynta, ej sällan finner man endast en diffus rodnad omnämnd. I några fall anmärkas endast smärtor vid sväljningar, och man kan vara tveksam om, huruvida dessa smärtor kunna betraktas såsom ett uttryck för en muskelaffektion af svalgets och gommens muskler eller för en verklig angina; fallen äro de förut i samband med muskelförändringar af svalget nämnda fallen af JACOBY, BOECK och SENATOR.

En tydlig rodnad af svalget jämte smärtor omnämnas sålunda af HEPP, BOECK, STRÜMPELL, PRINZING, LEVY, HERZ och BUSS. Af dessa torde det vara tvifvelaktigt, om BOECKs fall kan sättas i samband med sjukdomen och ej snarare liksom den samtidiga stomatiten bör anses vara ett uttryck för den för handen varande kopaivaintoxikationen. I de öfriga uppträdde halslesionen i sjukdomens första stadium eller rent af inledde den i HEPPs, LEVYs, STRÜMPELLs och HERZ' fall.

Af ofantligt större vikt äro de mot slutet ofta uppträdande *bronkopnevmonierna*. De bero naturligtvis dels på bröstmusklernas angripande med ty åtföljande svårighet att expektorera samladt slem, dels och framföralt på de ej sällan uppträdande pareserna af svalgmuskulaturen d. v. s. äro »Schluckpneumonien» och ej ett uttryck för den orsak, som ligger till grund för sjukdomen. De finnas anmärkta i POTAINS, HEPPS UNVERRICHTS, STRÜMPELLS, SENATORS samt *mitt* fall, men torde sannolikt äfven förekommit i flere andra fall.

En *plevrit* anmärktes i HEPPS och LEVYS fjärde fall.

Bland öfriga komplikationer må framhållas *nefriter*, som uppträdt i jämförelsevis sent stadium af sjukdomen i STRÜMPELLS, SENATORS andra och LEVYS andra fall, hvarjämte albumin anmärkts i HEPPS, BOECKS och SENATORS första, samt i LEVYS fjärde fall, i det sist nämnda dock beroende på en cystit, som ej tyckes stått i något direkt samband med sjukdomen. I WAGNERS första fall anmärktes dessutom vid sektionen, att njurarna voro stora, utan att närmare uppgifter om deras beskaffenhet lemnats. I fråga om urinens beskaffenhet för öfrigt anmärkes i flere fall, att den samma var betydligt koncentrerad, sannolikt en följd af de ofta uppträdande profusa svettningarna.

Enastående äro upprepade *tarmblödningar* i BUSS' fall, ehuru för öfrigt vid sektionen *svälda tarmplaques* anträffats i POTAINS fall, *ulcerationer i tarmen* i WAGNERS andra fall, samt en *akut gastroenterit* anmärktes i LEVYS andra fall.

Häftig *menstrualblödning* uppträdde i LEVYS första fall; en betydlig *spottflytning* anmärktes i LÖWENFELDS och STRÜMPELLS, *näsblod* i POTAINS fall.

Bland organ, som någon gång äro förändrade, förtjänar mjälten särskildt framhållas. UNVERRICHT ansåg en *mjältansvällning* höra till symptombilden, men så är ingalunda förhållandet. I mindretalet fall finnes en tydlig sådan anmärkt, nämligen i UNVERRICHTS, PLEHNS, STRÜMPELLS, BUSS' och HERZ' första fall, hvarjämte den angifves hafva befunnits vara stor vid sektionen af POTAINS fall och obetydligt förstorad i PRINZINGS; den uppgifves åter uttryckligen hafva varit normal i WAGNERS båda, HEPPS, UNVERRICHTS andra, BOECKS, SENATORS första, LEVYS första och andra, HERZ' andra, SCHULTZES och *mitt* fall. I öfriga fall finnes ingen bestämd uppgift i detta hänseende.

Lefvern befans stor vid sektionen i POTAINS fall samt i WAGNERS andra fall.

I den nu lemnade öfversikten af symptombilden har hvarje symptom skildrats oberoende af det andra; det återstår ännu att nämna några ord om symptomens inbördes förhållande.

I allmänhet kan man i detta hänseende säga, att fastän de skildrade symptomen ofta uppträda samtidigt, så dock ingalunda alltid är förhållandet. Därför att en kroppsdel visar ett af dem, följer ingalunda, att alla skola utvecklas i denna del. Ej häller finnes något bestämdt förhållande i fråga om ordningen af de respektive symptomens uppträdande.

Så finna vi, såsom förut nämnts, att processen oftast inledes af smärtor, på hvilka sedan följa dels erytem dels ödemer. Någon gång kan dock samtidigt med smärtorna ett ödem uppträda, såsom i LEVYS första och i BUSS' fall, eller ett erytem, som i POTAINS och PLEHNS fall; i några få fall uppträdde alla tre samtidigt, som i JACOBYS, PRINZINGS och STRÜMPELLS fall, men som regel uppträder sist nämnda symptom efter smärtorna och då än erytemet före ödemet, såsom i SENATORS första fall, än ödemet före erytemet, såsom i WAGNERS andra, LÖWENFELDS, SENATORS andra och LEVYS fjärde, än också båda samtidigt, som i UNVERRICHTS första och LEVYS andra fall. I några få fall finna vi dock erytem och ödem föregå smärtorna, som i UNVERRICHTS andra fall och i HEPPS fall samt ödemet ensamt i BOECKS fall, i hvilket alt erytem saknades.

Lika varierande är symptomens uppträdande under sjukdomens vidare utveckling. Relatift mest oberoende af de öfriga symptomen är hudutslaget. Detta torde bland annat framgå däraf, att erytemen kunna saknas helt och hållet, som i BOECKS och LEVYS fjärde fall, men därjämte äfven af det förut påpekade förhållandet, att medan smärtor relatift sällan uppträda i ansiktet, erytemer därstädes äro jämförelsevis vanliga, vanligare än ödemen, och att äfven å andra ställen dylika erytem kunna förekomma, utan att hvarken smärtor, ödem eller muskelförändringar utbildas. För att blott nämna några exempel, så fans i LEVYS andra fall äfven i ansiktet och å bröstet en purpura utan andra förändringar; och samma var förhållandet i LÖWENFELDS fall, i hvilket hudutslagets form dock var af annan art; i LEVYS tredje fall finna vi purpura uteslutande å benen utan andra förändringar, å bröstet i LEVYS andra och BUSS' fall, å buken i BUSS' och i PLEHNS å bröstet och buken i form af roseola. Å andra sidan saknas i ett flertal fall utslag, fastän öfriga karakteristiska förändringar utbildats, och detta gäller

särskildt om extremiteterna. Så saknades erytem, fastän smärtor, ödem och muskelförändringar förefunnos, i armarna i POTAINS, WAGNERS andra, HEPPS, UNVERRICHTS, PRINZINGS, LEVYS första och *mitt* fall, i hvilket dock ett sådant uppträdde uteslutande å händerna, samma var förhållandet vis à vis benen i POTAINS, UNVERRICHTS och *mitt* fall, eller också uppträdde erytemet här endast å en del af det angripna området, som å underbenen i HEPPS, PRINZINGS, LEVYS första och fjärde fall, å buken i LEVYS första och fjärde fall.

Äfven i samma fall varierar erytemets uppträdande, så i LEVYS första fall, i hvilket än smärtor uppträdde i samband med erytemet än, och detta oftare, saknades. Å andra sidan tyckes dock i några fall ett bestämdt samband finnas, så i HEPPS fall, i hvilket smärtorna blefvo intensivare vid utslagets uppträdande, och i LEVYS andra fall, i hvilket särskildt å låret ödem uppträdde, endast där en purpura förut uppträdt och förblef skarpt begränsadt till detta område. Smärtorna åtfölja som regel muskelförändringarnas uppträdande, men kunna dock saknas. Särskildt tyckas smärtorna i kors och rygg, som ej äro så ovanliga, ej åtföljas af motsvarande håll och muskelförändringar; så var att döma efter sjukdomsberättelserna åtminstone fallet i POTAINS, WAGNERS andra, HEPPS, UNVERRICHTS båda, PRINZINGS, BOECKS, LÖWENFELDS, SENATORS andra och *mitt* fall, och äfven i fråga om andra ställen finnes samma vara förhållandet, fastän detta dock är sällsynt, då åtminstone i någon del af de smärtande kroppsdelarna förändringar visa sig; sådana saknades dock i fråga om bröstet trots smärtor i LÖWENFELDS, LEVYS första samt HERZ' andra fall, i fråga om buken i LÖWENFELDS fall; men äfven i WAGNERS fall omnämnas smärtor å låret, utan att objektift något abnormt där kunnat konstateras.

Äfven ödemet kan uppträda utan att vare sig smärtor eller erytem åtfölja det samma, såsom t. ex. å armarna i BOECKS fall, i ansiktet i LEVYS första fall, å bröstet i UNVERRICHTS första, BOECKS och *mitt* fall. Men om man undantager dessa fall, åtföljes eller föregås ödemet alltid af det ena eller andra af de öfriga symptomen. Särskildt anmärkes i ett antal fall, att ödemets ökning föregåtts eller åtföljts af en häftig stegring af smärtorna, så i HEPPS, UNVERRICHTS, PRINZINGS, LEVYS första och fjärde fall.

Af särskildt intresse är dess förhållande till musklernas förändring. Såsom redan förut nämnts, kan det samma vara så

betydligt, att det kan vara svårt att afgöra musklernas beskaffenhet under lifvet, då en för handen varande ömhet lika väl kan bero på förändringarna i underhudsväfnaden som på muskelförförändringar. I allmänhet har man dock vid sektionen funnit, att öfver alt, där ödem funnits, där hafva äfven musklerna befunnits vara angripna, och man torde därför ej taga altför mycket miste, om man antager musklerna under de ödematösa partierna förändrade. Man skulle rent af kunna vara hågad att anse detta subkutana ödem vara en följd af muskelförändringen, vara ett blott sekundärt inflammatoriskt ödem, en uppfattning, som framställdes af WAGNER och HEPP; men redan LÖWENFELD påpekar, att i HEPPS fall ansiktet var ödematöst, ehuru dess muskler voro fria, samt framhöll, att musklerna kunna vara angripna, utan att ödem därför uppträder. Vidare framhåller LÖWENFELD, att ödemets art skiljer det väsentligt från ett vanligt inflammatoriskt ödem, i det att det är mycket styft och hårdt, och att fingertryck i många fall endast med svårighet kvarlemna gropar, hvarigenom det närmar sig sklerodermien.

I fråga om dessa skäl kan naturligtvis mot det andra invändas, att det är tänkbart, att ödem ej utbildats, emedan inflammationen varit jämförelsevis obetydlig i musklerna. Härför kunde sådana fall som STRÜMPELLS och LEVYS första (buken) tala, i hvilka till en början muskelförändringar utan ödem funnos, men detta senare utbildades. Senare observerade fall visa dock, att muskelförändringarna kunna vara rätt betydliga och det oaktadt ödem saknas; så var t. ex. förhållandet i HEPPS fall, i hvilket bukmusklerna voro förändrade utan motsvarande ödem, i LEVYS första fall med förändringar af vänstra armens muskler, i LÖWENFELDS med ömhet af högra armens muskler utan motsvarande ödem, i BOECKS fall med förändring af musc. pectorales, i HERZ' andra fall med förändring af underarmarnas muskler.

Riktigast torde därför vara, att anse ödemet i underhuden ej vara sekundärt, utan vara framkalladt af samma sjukdomsorsak, som ligger till grund för öfriga förändringar i huden och musklerna.

Men äfven där alla symptomen uppträda å samma kroppsdel, förlöpa de ingalunda parallelt. Så finna vi, för att blott nämna ett exempel, i WAGNERS andra fall, huru erytemet ökas och utbredes, medan ödemet minskas å samma ställe;

samma är förhållandet i Strümpells fall, och exemplen i detta hänseende kunde mångfaldigas.

Öfverse vi det föregående, finna vi, huru regellöst symptomen äro fördelade, än kan ett symptom uppträda i en kroppsdel, än ett annat i en annan, något bestämdt samband mellan dem finnes icke; emedan ett symptom uppträder å ett ställe, behöfva ej de öfriga äfven infinna sig. Till de konstantaste symptomen höra onekligen smärtorna, särskildt de vid rörelser uppträdande, jämte ödemen och muskelförändringarna, medan erytemen, äfven om de vanligen finnas å något ställe i hvarje fall, dock ej äro så utbredda som de andra symptomen.

Men om också symptomens uppträdande är jämförelsevis regellöst, förtjänar dock en sak framhållas, nämligen att ofta en viss symmetri finnes. Denna symmetri visar sig ej blott däri, att motsvarande kroppsdelar å båda sidor angripas, såsom båda armarna eller benen, båda bukhälfterna o. s. v. och detta i sin helhet, utan kan i vissa fall gå ännu längre, så att t. ex. motsvarande muskler angripas, medan andra förblifva fria; den visar sig äfven däri, att man ej observerat, att t. ex. å ena armen öfverarmen, å andra endast underarmen varit angripen; detta senare torde dock till största delen bero därpå, att processen har stark tendens att sprida sig öfver större delen af en en gång angripen extremitet. Någon symmetri i den mening, att samtidigt motsvarande muskler å endera af extremiteterna angripas och processen sedan utbreder sig symmetriskt, finnes emellertid icke konstant; ofta sker utbredningen ganska regellöst, i det först en arm, så ett ben, så andra armen och benet kunna angripas omväxlande med buken, ansiktet eller thorax.

Till belysande af det sagda må några af fallen anföras. En tydlig symmetri finna vi i följande fall: Wagners andra, i hvilket å båda sidor underarmar och underben, därpå öfverarmarna svullna, sedermera ett erytem uppträder å vänstra armens sträcksida, följdt 5 dagar senare af ett liknande å högra armens sträcksida, Hepps fall, i hvilket först båda underbenen svullnade, därpå ansiktet och högra armen, 3 dagar senare vänstra armen, slutligen samtidigt en rodnad uppträder å båda benen, Boecks fall, i hvilket armarna först voro svullna, bägge sternocleidomastoidei voro ömma, medan öfriga halsmuskler voro oömma, likaså båda pectorales voro ömma och svullna, sedermera samtidigt ömhet af armarna uppträdde, Strümpells fall med ödem af underarmarna, ej öfverarmarna, Senators första fall

med först ömhet af underbenen, därpå af låren, så öfverarmen, thorax och sist underarmarna. I andra fall angripas alla extremiteterna på en gång. I åter andra fall är dock icke utbredningen så typisk. Så finna vi i LÖWENFELDS fall, huru först vänster vad angripes, därpå vänstra underarmen, sedan vänstra armbågstrakten och vänstra öfverarmens biceps och triceps, först långt därefter höger vad, därpå vänster lår, så ånyo vänster underben, därefter i tur och ordning hjärtat, thorax, svalget, halsmusklerna, ansiktet, slutligen bukens vänstra och därpå högra halfva. Högra armen förskonades i detta fall från svullnad, medan musklerna därstädes voro ömma. Samma oregelbundna spridning finna vi i LEVYS första fall, i hvilket svullnad uppträdde först i fötterna, därpå smärtor i vänstra armen, så en stomatit utbildades, därpå smärtor uppträdde i buk, lår och skuldror, så ett ödem af ansiktet, å bröstet, därpå å nyo benen svullnade, medan å armarna ödemet var utbildadt endast å högra armen, och den vänstra endast visade en lindrig svullnad i skuldertrakten och å handen. I de kvarstående, atrofiska muskelförändringarna fans äfven en viss asymmetri, i det å högra handen förändringarna motsvarade n. ulnaris' utbredningsområde, å den andra n. radialis' och medianus'. Äfven i BUSS fall är utbredningen ej symmetrisk, i det här först högra låret svullnade, därpå högra underarmen, så smärtor uppträdde i vänster öfverarm och lår jämte ödem i ansiktet, så vänstra öfverarmen svullnade och slutligen äfven vänstra underarmen och vänstra låret samt sist vänstra underbenet.

En afvikning från den vanliga utbredningen visade SENATORS andra fall, i hvilket först ena sidans extremiteter, därpå den andras angrepos.

Särskildt förtjänar emellertid PRINZINGS fall att framhållas som bevis på, huru i samma fall höggradig symmetri och motsatsen kan råda. Vi finna här, huru först högra benet svullnar, därpå vänstra låret, i hvilket senare i vastus externus en förhårdnad uppträder, vandrande nedifrån uppåt, därpå en liknande svullnad uppträder i högra lårets muskler, men här icke i vastus externus utan i sartorius och rectus femoris, utan att utbredas här, därpå en svullnad inträder i höger triceps å öfverarmen, snart följd af liknande förtjockning i vänstra öfverarmens musc. triceps; vidare följa ödem kring höger armbåge, knölig ansvällning i vänstra benets adduktorer, infiltrering af biceps å

armarna, utbredning af ödemet ner öfver högra underarmen, ödem af vänster armbåge och sedan af hela vänstra armen.

I detta fall finna vi alltså t. ex. i fråga om tricepsmusklerna en öfverraskande symmetri, medan å låren förhållandet är raka motsatsen, och äfven i fråga om utbredningen från en kroppsdel till en annan är symmetrien påfallande i fråga om armarna, medan en sådan ej finnes i fråga om benen.

Hvad beträffar öfriga symptom, särskildt febern, så åtföljer denne ej regelbundet processens exacerbationer. Redan förut är nämndt, att hela förloppet kan vara feberfritt, men äfven i fall, där en temperaturstegring finnes, är dess maximum ej alltid bundet vid de svåraste exacerbationerna; en sådan kan följas af feber, en annan hos samma patient försiggår utan sådan, och tänker man på förloppet i *mitt* fall, som väl torde kunna räknas till de svårartade, visar det, att själfva förändringarna i musklerna i och för sig ej äro tillräckliga att framkalla temperaturstegringar.

2) Förlopp och prognos.

I sin första uppsats hade Unverricht ansett sjukdomen hafva tendens att ständigt progrediera, ända tils döden inträffade såsom följd af pares af svalgmuskulaturen med tillstötande lungkomplikationer, och därför benämnt den progressiv polymyositis acuta; på grund af senare vunnen erfarenhet har han i sin andra uppsats tagit bort detta epitet. De sedan dess offentliggjorda fallen hafva äfven visat, att förloppet ingalunda är så svårartadt, som man af de dittils publicerade fallen vore hågad att tro, utan att tvärtom förloppet kan vara ganska lindrigt och processens utbredning ganska inskränkt.

Så finna vi, att af de hittils publicerade fallen 12 eller hälften ledt till dödlig utgång, medan alla öfriga återgått till fullständig eller i det närmaste fullständig hälsa.

Döden inträffade inom 10 dagar i Wagners första fall, inom relatift kort tid äfven i Senators första fall, ehuru denna tid ej finnes bestämdt angifven, inom 5 veckor i Unverrichts första, inom 6 i Strümpells, inom 7 i Wagners andra, inom 11 veckor i Hepps, efter 4 $^{3}/_{4}$ månader i Prinzings fall, efter 5 månader i Potains, efter 6 månader i *mitt*, efter 16 månader

i LÖWENFELDS och efter 2 år 9 månader i JACOBYS fall. I FENOGLIOS fall finnes ingen uppgift i detta hänseende.

I de till hälsa gångna fallen åter var förloppet, trots grava symptom, kortvarigast i PLEHNS fall, nämligen 9 dagar, efter 10 dagar inträdde hälsa i HERZ' första fall, efter 3 veckor i samme författares andra fall, efter 6 veckor i BUSS' fall, efter 2 månader i SENATORS andra fall, efter 2 1/2 månader i BOECKS, efter 4 månader i LEVYS första fall, efter 10 månader i hans andra fall, efter 6 månader i UNVERRICHTS andra fall, efter 1 1/2 år i LEVYS tredje fall.

Ännu kortvarigare var förloppet i LEVYS tredje fall, i hvilket under 8 dagar en purpura uppträdde i benen utan andra symptom, och patienten därefter förblef frisk. Jag återkommer till detta fall sedermera.

Redan af dessa siffror framgår, att förloppet kan vara mycket olika, och man torde därför i detta hänseende kunna skilja mellan *akuta* fall, sådana som t. ex. PLEHNS, SENATORS första, WAGNERS första, UNVERRICHTS första fall, och *subakuta* såsom POTAINS, *mitt*, LEVYS andra, UNVERRICHTS andra m. fl. och slutligen mera *kroniska* fall såsom JACOBYS, LEVYS tredje, LÖWENFELDS m. fl. fall.

Någon skarp skillnad med afseende på symptomens intensitet visa dock ej dessa olika grupper; äfven bland de mera subakuta och kroniska fallen kunna symptomen, både de sensibla och motoriska, vara mycket höggradiga, fastän naturligtvis i de mera akuta fallen processen hastigare angriper större delar af kroppen än i de mera kroniska. Variationerna i processens utbredning äro i själfva verket mycket höggradiga. Än finna vi så godt som alla extremiteterna angripas samtidigt, än kryper processen med dess karakteristiska förändringar från en del af kroppen till en annan antingen i oupphörlig följd eller med större eller mindre mellantider. Än se vi en skenbar förbättring inträda, som dock snart följes af en ny försämring, än åter tyckes processen häfd i en kroppsdel, medan den fortgår i andra och plötsligen angripes den förre å nyo i samma grad som förut.

Vi finna sålunda i PLEHNS fall, huru patienten, som dagen före insjuknandet känt sig fullt frisk, plötsligen börjar lida af svindel, hufvudvärk och häftiga smärtor i benen, och samma eftermiddag redan äro musklerna ömma så godt som öfveralt, smärtorna äro ytterst våldsamma i hufvudet och alla extremi-

teterna, försvårade af rörelser; följande dag befinnas händer och underarmar vara rodnade, och lindrigt ödem konstateras därstädes, dagen därpå uppträder roseol å buk och bröst, och efter ytterligare tvänne dagar uppstå blödningar å bål och lår; dagen härefter var tillståndet redan betydligt förbättradt, men så uppstå efter ytterligare någon dag en ny exacerbation af smärtorna, som dock snart försvinna. I SENATORs första fall angripas i hastig följd först höger, därpå vänster underben, så lår, öfverarmar, thorax och sist underarmar, och lika hastig utbredning anmärkes i UNVERRICHTs första fall, i hvilket efter 3 veckors smärtor i extremiteterna och korset urticaria plötsligen uppstår å panna och ögonlock jämte ödem af extremiteterna och ansiktet, samt i BUSS' fall, i hvilket en dag uppträdde smärtor i vad och lår med ödem af högra låret, följande dag högra handleden och underarmen voro svullnade och rodnade, 4 dagar senare en angina och följande dag smärtor i vänstra öfverarmen och vänstra låret jämte ödem i ansiktet uppträdde, medan halssmärtorna minskats, efter 2 dagar vänstra öfverarmen var diffust rodnad och svullen i sin helhet jämte vänstra låret; följande dag äfven hjärtat var angripet, dagen därpå å nyo halssmärtor uppträdde jämte svullnad af vänstra underbenet; därefter minskades svullnaden under de följande 4 dagarna, då plötsligen en stomatit utbildades.

I motsats häremot är förloppet ett helt annat i andra fall. Så t. ex. i JACOBYs fall, i hvilket en dag plötsligen högra vaden blef spänd, skinande röd och svullen samt öm för tryck, men förbättring snart inträdde; några veckor senare samma bild upprepades i vänstra vaden samt å nyo i den högra, hvarefter tillståndet varierade från dag till dag, ena dagen var bättre, andra sämre. Därefter uppträdde samma förändringar i högra låret och snart äfven i vänstra låret, därpå å böjsidorna af underarmen och slutligen å bicepstrakten å öfverarmarna. 2 ½ år efter processens början i högra vaden konstaterades rodnad å underarmarnes böjsida, mera å den vänstra än å den högra, jämte ömhet af deltoideus, cucullaris och alla underarmens böjare. Under de följande 14 dagarna var tillståndet än bättre än sämre, men musklerna blefvo alt ömmare och ödemet alt starkare i genomsnitt, och 5 veckor därefter konstaterades rodnad af huden öfver de angripna musklerna jämte blödningar, omväxlande atrofi och hypertrofi af flere muskler, äfvensom att processen spridt sig till musc. glutei, ryggen och intercostales

samt buken; 3 veckor senare uppträder för första gången svårighet vid sväljningen samt ömhet och pares af tungan, symptom, som sedan altjämt tilltogo ända till den dödliga utgången.

Äfven ett par andra fall förtjäna att här som bevis på det sagda anföras. Så PRINZINGS fall, i hvilket plötsligen smärtor utbildas i högra benet jämte svullnad och blåröd färgning af vaden för att efter 6 veckor försvinna; men då uppträdde blåröd färgning af vänstra låret jämte lindrigt ödem, hvilket alt efter ytterligare 6 veckor försvann utom en lindrig svullnad å vänstra höfttrakten. Efter influenza uppstodo å nyo smärtor i båda låren, mest det vänstra, snart svullnade det senare, men svullnaden minskades å nyo efter kort tid, hvarvid en knöl framträdde i vänstra vastus externus, hvilken knöl därefter under smärtor och feber vandrade upp genom hela denna muskel på så sätt, att de först angripna delarna successift blefvo normala, när nya angrepos; efter kort tid under beständiga smärtor svullnade å nyo högra låret, och här upprepades samma process i musc. sartorius, medan en samtidig svullnad i musc. rectus femoris ej utbreddes. Kort därefter uppträdde äfven en knöl i högra musc. triceps brachii. Alla dessa förändringar utbildades under loppet af 4 månader; en vecka senare uppstod en liknande knöl i v. triceps, hvarjämte hjärtklappning tillstötte, följande dag blef pulsen okännbar och en ansvällning konstaterades i v. musc. adductores jämte smärtor och ödem kring högra armbågsleden, dagen därpå ökades detta ödem, och biceps å öfverarmen befans infiltrerad, följande dag var äfven underarmen ödematös, medan svullnaden i högra låret minskats, efter 4 dagar började vänstra armen blifva ödematös kring armbågen, och detta ödem hade efter 3 dagar spridt sig öfver hela armen, så att båda armarna voro oformliga; efter några dagar minskades ödemet.

Ännu mera utdraget var förloppet i LÖWENFELDS fall. Här sjuknade patienten i november med smärtor i vänstra vaden jämte ömhet, hvilka symptom efter 11 dagar voro försvunna. I december svullnade vänstra underarmen, i februari året därpå trakten kring vänstra armbågen, och småningom utbredde sig denna svullnad öfver biceps och triceps å öfverarmen, men minskades under de följande veckorna och försvann efter 2 ½ månad alldeles. I april uppträdde smärtor i högra underbenet med ödem och ömhet af musklerna, därpå på samma sätt i vänstra låret, först här quadricepsgebitet, så å nyo vänstra underbenet

och sist högra låret; öfveralt varade svullnaden 3—4 veckor; i början af juni angreps hjärtat, och efter 2 veckor uppträdde smärtor å thorax. Några dagar senare fick patienten svårt att svälja, och veckan därefter uppträdde smärtor i halsmuskulaturen, 9 dagar efter dessa uppträdde för första gången rodnad i ansiktet å dess vänstra halfva och å pannan. I slutet af juli, altså 9 månader från de första symptomens uppträdande, konstaterades atrofi af åtskilliga arm-, bröst- och benmuskler, pulsen var bra, men försämrades de följande veckorna å nyo. Därefter inträdde förbättring, så att patienten ungefär 13 månader från början var betydligt bättre, och atrofien hade minskats; patienten kunde gå utan käpp, sväljningen försiggick rätt obehindradt. Men redan 24 december uppträdde å nyo, i samband med influenza, smärtor, denna gång i förut ej angripna muskler, nämligen bukens vänstra halfva, jämte ömhet, en vecka senare följd af smärtor i högra bukhalfvan, och i slutet af januari funnos smärtor i hela buken. I början af mars blef sväljningen å nyo svårare, och patienten afled på grund af hjärtsvaghet den 24 mars, eller mer än 1 år efter de första symptomens uppträdande.

De båda sista fallen har jag anfört något utförligare för att visa, huru patienterna långa tider kunna vara fullt friska, och huru å nyo samma muskelpartier, som en gång angripits, men återstälts, kunna angripas. Samma förbättring finna vi äfven i *mitt* fall, i hvilket alla symptom en tid varit fullkomligt försvunna för att därefter uppträda med förnyad styrka och slutligen leda till dödlig utgång.

Fallen visa äfven, huru försiktig man bör vara i fråga om prognosens ställande. Redan den omständigheten, att mer än hälften af fallen gått till döden, bör mana till försiktighet, men äfven de sist anförda fallen visa dessutom, att man trots skenbar förbättring ej kan vara fullt säker på, att ej processen å nyo kan taga ny fart och leda till en olycklig utgång. De visa, att sjukdomen kan vara ganska lömsk, och fastän åtskilliga fall gått till hälsa, torde man dock göra klokast i att i hvarje fall ställa prognosen tämligen dubiös.

Detta gäller om hvarje fall, då, såsom af det förutsagda framgår, processen i allmänhet har tendens att progrediera. Det finnes emellertid fall, i hvilka den förblifvit relatift inskränkt, fall som man därför kan betrakta såsom *abortiva*. Att ej alltid alla symptom behöfva vara lika utpräglade, ehuru sjukdomen

för öfrigt är ganska elakartad och utbredd, visa ett par fall, i hvilka åtminstone ett af de karakteristiska symptomen varit obetydligt. Sådana äro t. ex. BOECKS och LEVYS fjärde fall, i hvilka erytemen saknades, JACOBYS och HERZ' andra fall, i hvilka ödemen voro obetydliga, samt PLEHNS fall, i hvilket både ödemen och muskelansvällningen voro föga uttalade. Möjligen kunde hit räknas UNVERRICHTS båda fall, i hvilka visserligen musklerna voro ömma och i det första, i hvilket mikroskopisk undersökning var möjlig, visade rätt betydliga förändringar, men i hvilka det oaktadt den grofva motoriska kraften var jämförelsevis väl bibehållen, i motsats mot hvad fallet var i andra fall med betydliga motoriska rubbningar.

Möjligheten af, att ett eller till och med flere af symptomen någon gång kunna saknas, att sjukdomen, då den i vanliga fall angriper både huden och musklerna, någon gång kan vara lokaliserad till blott ettdera af dessa organ, kan ej förnekas. Man skulle i ty fall hafva en abortiv dermatomyosit med en gång uteslutande muskelförändringar utan hudförändringar, en annan gång uteslutande hudförändringar utan myosit. Naturligtvis blir under sådana förhållanden sjukdomens igenkännande mycket svårt, och särskilda omständigheter fordras, för att detta skall kunna blifva möjligt.

Ett sådant fall synes mig det af LEVY offentliggjorda tredje fallet vara. I detta hade inom patientens familj först dottern och därpå hustrun insjuknat i typiska symptom af en dermatomyosit, modern 6 veckor efter dottern. Båda hade under sjukdomens förlopp visat en tydlig purpura, dottern tämligen sent, modern tidigt. Själf fick patienten, en 70-årig, kraftig man, ungefär en vecka efter hustrun en utbredd purpura å benen, utan att för öfrigt några symptom utbildades, och han var efter 8 dagar fullt återstäld. LEVY anser, att man i detta fall har att göra med samma sjukdom, som träffat hustrun och dottern. Det torde nog ej häller lida något tvifvel om, att man har rätt att anse, att samma sjukdomsorsak ligger till grund för blödningarna i de tre fallen. Det enda, man möjligen kunde vara tveksam om, vore, huruvida den hos modern och dottern uppträdande purpuran kan anses utgöra ett uttryck för den sjukdomsorsak, som framkallat de öfriga symptomen af en dermatomyositis; man kunde ju tänka sig, att en sekundärinfektion kunde hos dessa patienter kommit till och framkallat blödningarna. Denna invändning göres äfven af UNVERRICHT, och han

anser på den grund fallets natur af en dermatomyosit vara tvifvelaktig. Så skulle onekligen äfven vara fallet, om blödningar under förloppet af en dermatomyosit ej eljes observerats; men så har dock skett, fastän i regel hudförändringen är af annan art. Vi finna t. ex. i PLEHNs fall blödningar omnämda, i BUSS' fall finnas likaledes kontusionsliknande blödningar och i JACOBYs fall nämnas rodnad med hemorragier. Man behöfver därför ej gripa till antagandet af en sekundärinfektion för att förklara blödningarna hos modern och dottern, och den hos fadern uppträdande purpuran kan man därför anse bero på samma orsak eller vara uttryck för en abortiv dermatomyosit.

Utom i detta fall hafva vi äfven i de två af HERZ publicerade fallen exempel på sådana med abortift förlopp, i det här processen förblef inskränkt till relatift små områden af kroppen.

Men, såsom nämnts, äfven dessa fall kunna hastigt nog blifva mera elakartade, och äfven i dessa bör man därför länge vara rätt försiktig med ställandet af en gynsam prognos.

3) Patologisk anatomi.

Innan jag lemnar en redogörelse för de vid dermatomyositerna funna förändringarna, torde förtjäna framhållas, såsom redan af UNVERRICHT och andra betonats, att man ej af den histologiska bilden ensamt kan afgöra, hurudan den kliniska symptombilden tett sig, d. v. s. vi kunna ej vänta att finna några karakteristiska förändringar i musklerna vid nu i fråga varande sjukdomsbild. Redan WALDEYER visade för tämligen lång tid sedan, att i musklerna liknande förändringar kunna uppstå som de, som strax skola beskrifvas, vid neoplasmer, vid muskelabscesser af ej tyföst ursprung, vid vanlig begränsad muskelinflammation och vid gangren af musklerna samt vid experimentel myosit. Liknande muskelförändringar har ZENKER visat finnas vid tyfoidfeber. ZENKER fann nämligen, såsom allmänt torde vara bekant, i större muskler, särskildt adduktorerna å benet och recti abdominis, dels vaxdegeneration, dels kornig degeneration jämte skörhet af musklerna — någon gång äfven mer eller mindre stark ödematös infiltration af muskler, i synnerhet adduktorerna och omgifvande bindväf — alt detta utan förändring af bindväf och kärl. Liknande förändringar har man konstaterat äfven vid andra infektionssjukdomar, såsom variola, scorbu-

tus, vid multipla nevriter m. fl., förändringar, som i alt öfverensstämma med dem, man hittils funnit vid dermatomyositerna.

Dessa senare utgöras nämligen dels för att börja med muskelväfnaden af förändringar i sjålfva muskeltrådarna dels af sådana i dess interstitiela bindväf.

Makroskopiskt ter sig muskelförändringen på något olika sätt. Än visa sig musklerna genomdränkta af serum (POTAIN, WAGNER, HEPP, UNVERRICHT, PRINZING, SENATOR, KÖSTER) och till färgen bleka, gråröda (WAGNERS båda fall, POTAIN, HEPP, PRINZING, STRÜMPELL, SENATOR, KÖSTER) än åter omväxlande blek- till mörkröda (UNVERRICHT); i flere fall kan man dessutom makroskopiskt iakttaga blödningar i dem i form af runda fläckar eller långa strimmor (WAGNERS båda fall, UNVERRICHT, PRINZING, SENATOR). Dessa förändringar kunna än träffa hela muskeln än åter variera rätt betydligt i intensitet, såsom i WAGNERS och UNVERRICHTS första fall. I några fall anmärkes dessutom en viss skörhet hos musklerna, såsom i WAGNERS båda fall, HEPPS, i hvilket en ruptur af rectus abdominis inträdt, i UNVERRICHTS första, JACOBYS och PRINZINGS fall. Dessutom te sig vissa muskler i fall, som förut omnämnts, mer eller mindre atrofiska.

De mikroskopiska förändringarna äro ibland ännu mera utbredda, än man af den makroskopiska bilden skulle vara hågad att antaga. Så finna vi, att WAGNER i sina båda fall uppger, att äfven makroskopiskt oförändrade muskler mikroskopiskt visade ej obetydliga förändringar.

För öfrigt förtjänar anmärkas, att förändringarna kunna vara mycket olika i olika muskelbundtar, och detta framhålles särskildt af WAGNER i hans andra fall, af JACOBY och af PRINZING. Samma var förhållandet i *mitt* fall, i hvilket dessutom liksom i JACOBYS, HEPPS och UNVERRICHTS första äfven i samma muskelbundt förändringarna varierade, i det normala trådar lågo blandade om hvarandra med förändrade sådana. Än äro de flesta trådarna förändrade i musklerna, så att endast ringa mängd normala återstå (WAGNERS båda fall, POTAIN, STRÜMPELL), än åter äro förändringarna mindre höggradiga.

Hvad nu själfva parenkymet beträffar, så äro uppgifterna om förändringarnas beskaffenhet rätt varierande i de olika fallen; ofta se vi, att tvärstrimmigheten försvinner eller blir otydlig (POTAIN, WAGNERS andra fall, HEPP, JACOBY, PRINZING, STRÜMPELL, KÖSTER)

i enstaka trådar, utan att någon kornighet eller annan förändring i dem uppträder. Ibland framträder i de sålunda förändrade trådarna en utpräglad finfibrillär längdstrimmighet som i *mitt* fall. I andra åter finna vi all struktur upphäfd, trådarna hafva antagit ett hyalint utseende, hafva undergått så kallad vaxdegeneration (WAGNERS båda fall, HEPPS, UNVERRICHTS första, JACOBY, STRÜMPELL, KÖSTER), ehuru i mycket olika grad, i det t. ex. i WAGNERS andra fall dessa sålunda förändrade trådar oftast anträffades, medan de voro jämförelsevis sällsynta i *mitt* fall. I andra trådar kan man anträffa utpräglad kornighet, som i WAGNERS båda fall, POTAINS, UNVERRICHTS första, JACOBYS, STRÜMPELLS och *mitt* fall, af somliga författare betraktad såsom följd af en fettdegeneration, medan STRÜMPELL i sitt fall uttryckligen betonar, att fettdegeneration ej anträffats i musklerna. Slutligen omnämnes äfven vakuolbildning i musklerna, som i WAGNERS andra, FENOGLIOS, JACOBYS, PRINZINGS och STRÜMPELLS fall; i PRINZINGS fall anträffades i dessa vakuoler kulor och rester af sönderfallen muskelsubstans jämte röda blodkroppar.

I allmänhet tyckes muskeltrådarnas volum ej vara väsentligt förändrad, dock finner man en serös genomdränkning anmärkt i flere fall, så i WAGNERS andra fall, i hvilket den än anträffades likformigt än i form af luckor i tråden (longitudinela eller tranversela), fylda af kornig massa eller också tomma. Liknande serös imbibition af musklerna finnes äfven omnämnd i FENOGLIOS, STRÜMPELLS och SENATORS fall. I *mitt* fall kunde ej med säkerhet någon ansvällning af muskeltrådarna konstateras, äfven om de voro af mycket olika storlek. En enkel atrofi af muskeltrådarna omnämnes endast af WAGNER. Sarkolemmakärnarna tyckas i allmänhet ej visa någon tydlig ökning eller minskning, i det endast WAGNER i sitt första fall, JACOBY och STRÜMPELL omnämna en ökning af dessa, och äfven SENATOR fann en sådan, ehuru han är tveksam, om den kan vara patologisk.

Hvad bindväfven beträffar, så visar äfven den ej sällan förändringar. Oftast bland dessa omnämnes en rundcellsinfiltration; sådan anträffades i WAGNERS första och HEPPS fall, fastän mycket sparsamt, i UNVERRICHTS första, FENOGLIOS, PRINZINGS, STRÜMPELLS, SENATORS och *mitt* fall. I PRINZINGS fall uppgifves dessutom bindväfven hafva varit genomdränkt af koagulerad

fibrin, och därjämte anträffades i detta fall liksom i *mitt* interfibrillära blödningar.

En egendomlig förändring, som särskildt i *mitt* fall var ovanligt höggradigt utpräglad och som i detta anträffades äfven bland muskelbundtar, hvilka för öfrigt mikroskopiskt voro oförändrade, var en höggradig utspänning af kapillärerna och de mindre blodkärlen genom tätt packade röda blodkroppar. Öfveralt kunde kapillärerna tydligt följas såsom perlbandsrader. En liknande dilatation af kapillärerna finnes omnämnd af WAGNER i hans andra fall, af UNVERRICHT, STRÜMPELL och SENATOR, medan för öfrigt kärlväggarna ej visade några förändringar.

Alla nu skildrade förändringar äro uttryck för den regressiva process, musklerna äro underkastade; i ett fall fans emellertid jämte dessa äfven en nybildningsprocess, nämligen i WAGNERs andra fall, i hvilket i luckor mellan de degenererade trådarna anträffades gruppvis 2—6 otydligt tvärstrimmiga trådar eller också lika många kärnar, omgifna af oregelbunden protoplasma. Denna observation står dock enstaka, och särskildt UNVERRICHT betonar, att någon nybildningsprocess ej af honom kunde konstateras i de undersökta musklerna. Nybildad bindväf uppger sig JACOBY hafva anträffat. Hvad särskildt *mitt* fall beträffar, kunde ej i detta några förändringar af detta slag anträffas.

Karakteristisk är äfven frånvaron af alla mikroorganismer. Sådana hafva sökts, men ej funnits i PRINZINGs, STRÜMPELLs SENATORs, HERZ' båda och *mitt* fall.

Till sist må nämnas, att i de flesta anförda fallen uppgifvas nerverna, både de intermuskulära grenarna och öfriga större nerver, hafva varit oförändrade. I WAGNERs första fall omnämnes dock anträffandet af enstaka fettmolekyler och kolloidliknande degeneration i dem, i JACOBYs fans likaledes några degenererade trådar; dock tyckes af beskrifningen framgå, att dessa förändringar anträffats i så sparsam mängd, att de ej kunna anses hafva någon betydelse för den höggradiga muskelförändringen.

De nu skildrade förändringarna i särskildt musklerna anträffas emellertid ej i alla fall samtidigt, utan äro olika fördelade. Så finna vi, att förändringarna inskränka sig uteslutande till muskelsubstansen i WAGNERs första, POTAINs och HEPPs fall, medan både denna och den intermuskulära bindväfven visa förändringar i WAGNERs andra, UNVERRICHTs, FENOGLIOs, STRÜMPELLs och *mitt* fall, och slutligen i SENATORs och

SCHULTZES fall förändringarna äro mest utpräglade i bindväfven.

Man skulle på den grund kunna skilja mellan en *rent parenkymatös* muskelförändring och en sådan *med både parenkymatösa och interstitiela* förändringar. Hvarpå denna begränsning beror, kan ej ännu afgöras; den kliniska bilden visar inga väsentliga olikheter i de båda grupperna af fall hvarken i fråga om symptomens beskaffenhet eller akuitet och förändringens beskaffenhet tyckes därför, såsom redan UNVERRICHT betonat, ej vara af väsentlig betydelse för symptombilden.

4) Etiologi.

Studiet af de olika fallen både i anamnestiskt och patologiskt anatomiskt hänseende har ej förmått bringa någon klarhet i detta hänseende. Väl finnas en del hypoteser, men dessa ega sin tillämplighet endast för enstaka fall.

En granskning af sjukhistorierna visar, att egentliga predisponerande moment ej i dem kunna upptäckas. Sjukdomen träffar alla åldrar från barn, såsom i FUCKELS och SCHULTZES fall, till 70-åringar, såsom i STRÜMPELLS och LEVYS tredje fall. Sjukdomen träffar vidare personer af alla samhällsklasser, och intet tyder på, att ett visst yrkes utöfvare äro mera utsatta än ett annat yrkes; hvarken muskelansträngningar, i det blott en af patienterna (LÖWENFELDS), en brefbärare, möjligen varit utsatt för sådana i högre grad, eller förkylningar finnas omnämnda i anamnesen, och alkoholexcesser spela ej häller någon rol; lika litet tyckas hereditära förhållanden hafva någon betydelse, i det endast i ett fall någon nervös belastning kan spåras (WAGNERS första fall, i hvilket modern var sinnessjuk, fadern potator). I allmänhet uppgifvas patienterna ända till insjuknandet hafva varit fullt friska, med enstaka undantag; så t. ex. led JACOBYS patient af en lefvercirros, en af SENATORS af diabetes, en patient led af ofta upprepade anginor (PRINZING), hos WAGNERS förste patient voro hos den 34-åriga patienten menses försvunna sedan 6 år, och en annan (UNVERRICHT) var gravid vid insjuknandet; i *mitt* fall var pat. anemisk och nedsatt på grund af ansträngning och bekymmer under mannens långvariga och allvarliga sjukdom, men dessa fall äro undantagsfall; det öfvervägande flertalet är friska och ofta kraftiga individer och visar, att

sjukdomens uppträdande ej gynnas af för handen varande kraftnedsättning och klenhet. Endast i fråga om tuberkulosen påpekade STRÜMPELL, att möjligen ett visst samband kunde finnas, i det af dittils publicerade 6 fall i de 4 (WAGNERS 2, STRÜMPELLS och PRINZINGS fall) en sådan konstaterades; den senare vunna erfarenheten har dock ej bekräftat denna förmodan, i det endast i JACOBYS fall tuberkulos kunnat påvisas.

I fråga om processens framkallande orsak har man, trots de noggrannaste undersökningar, ej lyckats påvisa någon bestämd sådan, och meningarna äro delade om, huruvida sjukdomen bör räknas till infektions- eller intoxikationssjukdomarna. Redan de första författarne (HEPP, UNVERRICHT och andra) framhöllo såsom sannolikt, att sjukdomen var af infektiös natur; härför talade den ofta uppträdande initiala hufvudvärken, febern samt den ofta konstaterade mjältansvällningen. Särskildt har denna uppfattning vunnit en viss bekräftelse genom LEVYS observationer, i det denne författare hade tillfälle att hos trenne medlemmar af samma familj med 14 dagars mellantid mellan insjuknandet observera sjukdomsbilden, i ett af dem visserligen, såsom förut nämnts, endast abortift, utan att någon anledning härtill kunde upptäckas. Undersökning af vid sektionen tillvaratagna muskler eller under lifvet exciderade bitar af sådana på bakterier hafva dock, såsom nämnts, hittils lemnat fullkomligt negatift resultat. PFEIFFER hade emellertid hos djur observerat en symptomkomplex, som liknade nu ifrågavarande i många hänseenden, och som berodde på invandring af gregariner. Hans förmodan, att äfven polymyositen hos människor kunde bero på liknande parasiter, har dock ej bekräftats, ty hvarken i UNVERRICHTS eller STRÜMPELLS fall lyckades det påvisa sådana, och ej häller i det af mig observerade, i hvilket jag snarast möjligt företog undersökning på de ännu relatift färska, ohärdade muskelbitarna, kunde jag påvisa liknande bildningar; enligt PFEIFFERS uppgift äro gregarinerna svåra att påvisa i härdade bitar, och *mitt* fall visar därför bestämdt, att gregarininvandring ej alltid är anledning till den primära polymyositen, ehuru väl det ej är otänkbart, att en och annan gång så torde kunna vara förhållandet.

Det negativa fyndet af bakterier talar dock ej med bestämdhet mot sjukdomens infektiösa natur. Såsom STRÜMPELL betonar, kan det kanske ifrågasättas, om en bakterieinvasion direkt kan vara anledningen till symptomen; en bakterieinva-

sion i så godt som alla kroppsmuskler, som ju i de flesta fall äro angripna, borde onekligen framkalla våldsamma allmänna symptom, och sådana äro dock ingalunda konstanta; man kan därför snarare tänka sig, att muskelsymptomen framkallas genom i blodet cirkulerande toxiner, bildade af bakterier.

Symptombilden skulle i ty fall således bero snarare på en intoxikation, och en sådan åsikt förfäktas lifligt af SENATOR. I fråga om källan för en sådan intoxikation är han dock af annan åsikt. Han anser på grund af ett af honom observeradt fall, i hvilket sjukdomen utbröt omedelbart efter förtärandet af skadade kräftor, och i hvilket pat. äfven direkt satte sin sjukdom i förbindelse därmed, att det ej är osannolikt, att en autoinfektion från tarmen kan ligga till grund för processen eller också en resorption af utifrån i tarmkanalen införda skadliga ämnen; för sist nämnda möjlighet talar hans fall, men det står i detta hänseende alldeles enstaka, då liknande ej, trots noggrann efterforskning, kunnat konstateras i andra fall. För sin åsikt anser han, frånsedt frånvaron af alla positiva bakteriefynd, dessutom tala, att i en del af de typiska fallen tydliga septikemiska symptom saknades, och hvarken talar processens ofta kroniska förlopp eller uppträdandet af hudexantemer emot en sådan uppfattning.

Intressant är i detta hänseende det af BOECK beskrifna fallet. Här uppträdde den typiska sjukdomsbilden efter en kopiös ingnidning å huden af kopaivabalsam, och ett samband mellan denna och polymyositen torde näppeligen kunna betviflas i nämnda fall, äfven om fallet i detta hänseende står enstaka.

För fullständighetens skull må nämnas, att en af HEPP verkställd undersökning af lefver, mjälte, muskler på metalliska gifter utföll negatift.

För toxisk infektion kunde man rekurrera till trikinosen. Äfven vid denna finnes såsom bekant ansvällning och ömhet af musklerna, hudödem och huderuptioner jämte profus svettning. Om äfven muskelförändringen i och för sig kan förklaras af en mekanisk verkan af de invandrade trikinerna, är det ej möjligt att anse de öfriga förändringarna såsom följd af en sådan. Man har därför uppstält några hypoteser för att förklara de senares uppträdande, nämligen dels att de berodde på förstoppning af fina kapillärkärl genom invandrade trikiner, dels att ett i trikinkapslarna inneslutet gift resorberades, som

genom kärlförlamning framkallade symptomen. Af dessa tvänne hypoteser synes mig otvifvelaktigt den senare sannolikare, ty mig veterligt hafva dylika kärlförstoppningar genom trikiner ej med säkerhet påvisats, medan man å andra sidan om åtminstone huderuptionerna känner, att de ofta uppträda vid toxiska ämnens resorption.

En sammanfattning af det nyss anförda synes mig gifva vid handen, att sjukdomens etiologi kan vara af flerfaldig art. För en infektion talar onekligen i mycket hög grad LEVYS observation, men i andra fall torde onekligen en intoxikation ligga till grund för processen, såsom i SENATORS och BOECKS fall. I det öfvervägande flertalet fall torde vi dock sannolikt hafva att göra med en infektiös process, som antingen direkt eller kanske snarare indirekt genom bildade toxiner framkalla muskellesionerna. Särskildt synes mig en omständighet tala mot SENATORS antagande, att en autoinfektion från tarmen ligger till grund för sjukdomen; i det stora flertalet fall angifves uttryckligen, att digestionsorganen ej förete något sjukligt symptom, ett moment af så mycket större vikt, som just det är ett af de väsentligaste diagnostiska kriterierna gent emot den eljest i kliniskt hänseende likartade trikinosen; äfven synes mig det långvariga förloppet i flere fall af otvifvelaktig polymyosit vara svårt att förlika med antagandet af en autoinfektion.

Karakteristiskt för nu skildrade grupp af fall är, att något bestämdt etiologiskt moment ej i dem kunnat påvisas. Det finnes emellertid en annan grupp af fall, som i kliniskt hänseende föga skilja sig från de förra, men i hvilka man tydligen kan påvisa en infektion, utgången från en förut i kroppen för handen varande primär härd. I dessa har man äfven lyckats påvisa närvaro af bakterier (strepto- och stafylokokker) i de förändrade musklerna, och i patologiskt anatomiskt hänseende finnes äfven en skillnad i så måtto, att i dessa rundcellsinfiltrationen vanligen är betydligt höggradigare och rent af suppurativ smältning af muskelväfnaden inträder. Hit höra WAETZOLDTS två fall, båda puerperæ, med septisk endometrit i det ena, en perimetrit i det andra fallet, vidare FRAENKELS 3 fall med otit i de 2 och en purulent struma i det tredje, ROVERES fall med allmän furunkulos hos en diabetiker, samt HERZ' sista fall, som förlöpte under bilden af en akut sepsis, och i hvilket bacterium coli-bacillen kunde påvisas i de smälta musklerna.

Kliniskt framträdande är i dessa fall en pyemisk infektion hvilken, såsom nämnts, saknas i den första gruppen af fall.

FRAENKEL och ROVERE samt äfven HERZ äro emellertid på grund af sina fall och den i kliniskt hänseende i mångt och mycket öfverensstämmande bilden benägna att antaga alla dermatomyositer bero på en liknande infektion, i det de framhålla, att ingångsporten för infektionen ej sällan är svår att finna; af dem framkastas möjligheten, att den ej sällan kan vara att söka i tonsillerna, då så ofta en angina observeras vid lidandet och i flere fall inledt detsamma. En sådan uppfattning synes mig dock, såsom jag förut påpekat, icke vara berättigad.

Redan frånvaron af alla bakteriefynd i de undersökta musklerna stämmer föga med en sådan uppfattning; det vore dock egendomligt, om ej sådana i något fall skulle kunnat påvisas, då hvarken strepto- eller stafylokokker äro så synnerligen svåra att finna. Härtill kommer, att, fastän i många fall en infektion tyckes föreligga, bilden af en sepsis saknas i det öfvervägande flertalet fall; för att blott nämna det af mig anförda fallet, liknade bilden i detta alt annat än en septisk infektion. Äfven det konstanta fyndet af suppuration i de af FRAENKEL och öfriga författare observerade fallen, men dennas konstanta frånvaro vid de primära dermatomyositerna talar häremot.

Att emellertid de af FRAENKEL, ROVERE m. fl. anförda fallen äro polymyositer, kan ej bestridas. De torde på grund af det sagda emellertid rättast betecknas såsom *sekundära polymyositer* i motsats mot den af UNVERRICHT skildrade symptomkomplexen, den *primära dermatomyositen.*

Utom dessa sekundära polymyositer finnes en hel del andra myositisformer, äfven de omfattande ett flertal muskler, hvilka i samband härmed torde förtjäna några ord. Ett och annat af dem har af enstaka författare räknats till samma grupp som de här ofvan skildrade fallen men skilja sig dock så väsentligt från dem, att tvekan om det berättigade häruti har goda skäl för sig. De torde förtjäna att i korthet anföras.

KUSSMAUL och MAIER beskrifva följande tvänne fall. I det första sjuknade en 27-årig man under tecken af svår anemi efter att under 2—3 veckor hafva känt sig illamående och under sista veckan hafva lidit af omväxlande frysningar och hetta jämte riklig svettning. Utom en akut nefrit konstaterades stark törst, profus svettning, sömnlöshet, måttlig feber och hastig hjärtverksamhet,

och hastigt utbildades en pares af ett stort antal muskler, under häftiga spontana och vid tryck uppträdande muskelsmärtor. Efter några dagar kunde pat. knapt röra sig; här och hvar utbildades anestesier, å andra ställen hyperestesi, och kort före döden uppträdde under huden små knölar. I musklerna funnos vid undersökning små knölar, beroende på förtjockningar af kärlväggarna, och de omnämnda tumörerna visade sig bero på en proliferation af kärlskidorna; musklerna voro brunröda, lösa, hvitfläckiga samt visade mikroskopiskt försvunnen tvärstrimmighet, kornig och hyalin degeneration.

I andra fallet uppkom en allmän förlamning hos en ung man efter någon tids häftiga smärtor i nacken, buken och extremiteterna jämte albuminuri och ödemer; därjämte till en början feber, hjärtklappning och svettning. Slutligen under häftiga smärtor utbredd förlamning, stark tryckömhet, ödem af ansiktet och fotknölarna. Förlamningen och atrofien visade en mycket olika fördelning, den elektriska retbarheten var upphäfd. Sensibiliteten var normal. Restitution utom i fråga om vadmusklerna och h. musc. serratus magnus, som ännu efter 2 år voro atrofiska och paralytiska. I en exciderad muskelbit, som var blekgul, fans en höggradig degeneration, i de flesta muskeltrådarna konstaterades kornig och framför alt hyalin degeneration jämte sönderfall af muskulaturen.

I båda dessa fall finna vi altså en höggradig utbredd polymyosit med muskelömhet, smärtor och mikroskopiskt konstaterade förändringar, i båda leddes tanken hän på en trikinos under lifvet, men i båda finnas dock rätt stora skiljaktigheter från dermatomyositerna, såsom redan delvis UNVERRICHT betonat. I båda saknades utbredda ödem och hudutslag, i båda utbildades hastigt en paralys, i det senare äfven en höggradig atrofi, i det första fallet finna vi därjämte egendomliga kärlförändringar, till hvilka ej motsvarighet finnes vid dermatomyositerna, samt uttalad anestesi.

Ett annat fall är det af DEBOVE offentliggjorda, i hvilket hos en ung kvinna under feber och häftiga smärtor i benen en hastig atrofi af musklerna därstädes jämte försvinnande af den elektriska retbarheten utbildades; sensibiliteten var normal och andra nervösa rubbningar saknades. Fallet fick dödlig utgång efter $3^1/_2$ månader, och vid sektionen visade sig hjärne, ryggmärg och de perifera nerverna normala, medan i musklerna muskel-

trådarna voro smalare är normalt och delvis kornigt degenererade.

Altså äfven i detta fall en uteslutande myositisk process i ett flertal muskler, men med en från dermatomyositerna i många hänseenden skild bild. I fallet saknades ödemer och hudutslag samt muskelansvällning, medan en hastig atrofi utbildades.

Ett tredje fall är beskrifvet af GREENHOW. Hos en 26-årig kvinna, hvars ena syster lidit af progressiv muskelatrofi, utbildades, efter smärtor i buken och känsla af hetta i bröstmusklerna, en lindrig pares af armarna och benen jämte atrofi af pectorales, utan rodnad, svullnad eller ömhet. Under hastig hjärtverksamhet, profus svettning, delirier och lindrig feber utbildades hastigt en total paralys med atrofi af extremiteterna och respirationsmusklerna, som ledde till dödlig utgång. Mikroskopiskt konstaterades en höggradig, kornig degeneration af armmusklerna, pectorales, intercostales, bukmusklerna, vadmusklerna, diafragma och hjärtat. Vid sektionen anträffades för öfrigt intet abnormt i andra organ utom en lindrig bronchitis.

Fallet visar några drag gemensamt med dermatomyositerna, såsom den profusa svettningen, smärtorna och den multipla muskelförändringen, men skiljer sig för öfrigt från dermatomyositerna genom den hastiga och slappa atrofien, frånvaro af hudödem och hudexantem, af muskelansvällningar och ömhet.

Ett fjärde fall är beskrifvet af GIESS. I detta uppstod hos en 48-årig man, som kort tid förut lidit af en karbunkel, smärtor i låret, och en månad senare i trakten öfver quadriceps en smärtande ansvällning, som cylindriskt slutligen omgaf låret. Denna svulst var brädhård, huden förtjockad, ödematös, knäleden styf med någon utgjutning. Vid incision anträffades en hård, fast infiltration af huden och underhuden, och musklerna voro bleka. Läkning efter massage under 7 1/2 veckor.

Man kunde i detta fall onekligen tänka på en till ett ben inskränkt process af samma art som de förut skildrade fallen, och någon fullt säker skillnad torde vara svår att finna i detta fall, om man betänker, att liknande begränsning af processen funnits i HERZ' fall. Vi sakna dock hudutslagen i fallet, och den kliniska bilden är därför ej så fullständig, att jag vågat räkna detta fall till de abortiva dermatomyositerna, i synnerhet som väfnadsförändringen var af betydligt fastare art, än hvad fallet vanligen är vid den senare åkomman; den närmar sig mera den svåliga myositen.

Ett femte egendomligt fall är ett af HEPP meddeladt: en 21-årig frisk man fick plötsligen ett häftigt epileptiskt anfall med bett i tungan och stark ömhet vid uppvaknandet i höger arm och säte, troligen till följd af stötar vid anfallet. Vid undersökning måttlig feber, å tungan difteritisk beläggning, å höger kind herpes, å högra öfverarmens sträcksida huden infiltrerad och triceps svullen, huden fläckvis skarlakansröd med urticariapapler, likaså å högra sätet huden rodnad och hela trakten svullen, spår af albumin i urinen, mjälten något ansväld. Småningom minskades svullnaden, hvarvid tydlig fluktuationskänsla framträdde, vid punktion erhöllos dock endast några droppar blod, som var sterilt, slutligen försvann äfven fluktuationskänslan, men pat. började lida af häftig iscias i högra benet med nedsatt sensibilitet å underbenet och slutligen atrofi och paralys af i synnerhet fotsträckarna, nedsatt elektrisk retbarhet i gluteus maximus och musklerna å lårets baksida, försvunnen sådan å underbenen. I en utskuren bit af gluteus maximus vid en nervtänjning konstaterades utpräglad vaxdegeneration af den gulhvita muskeln.

I detta fall finna vi samma symptom som vid dermatomyositerna, men man kan dock vara tveksam, huruvida fallet, såsom LEVY vill, bör räknas dit. HEPP själf anför fallet utan att vilja sätta det i paritet med sitt förut meddelade fall af typisk dermatomyosit; han anser, att såväl den genom stötarna åstadkomna klämningen som den difteritiska affektionen af tungan kan anses hafva bidragit till utbildandet af den parenkymatösa muskelförändringen. Fallet skiljer sig äfven från dermatomyositerna genom de begränsade muskelförändringarna, som ej hade minsta tendens att utbreda sig vidare och angripa några muskler, utan förblef inskränkt till de delar, som varit utsatta för det sannolika traumat vid patientens epileptiska anfall. Äfven den egendomliga utpräglade fluktuationskänslan sakna vi vid de typiska dermatomyositerna; dock må erkännas att sist nämnda symptom endast får tillmätas jämförelsevis ringa betydelse i detta hänseende, då intet bevisar, att ej en sådan någon gång bör kunna uppträda äfven vid nämnda lidande; betingelserna för dess uppträdande äro ju fullkomligt obekanta. Emellertid synes mig muskelprocessens uppträdande i traumatiskt lederade muskler kunna gifva anledning till berättigade tvifvelsmål, huruvida fallet kan sägas vara identiskt med de typiska fallen af dermatomyosit, äfven om erkännas

måste, att det står den samma i flere hänseenden mycket nära.

Multipla myositiska processer finna vi slutligen äfven samtidigt med förändringar af de perifera nerverna.

Redan EICHHORST anförde ett fall, i hvilket vid en otvifvelaktig akut nevrit observerades ödem, rodnad af huden och hudblödningar, samt riklig svettning, sträckande sig öfver en hel eller större delen af en extremitet, således delvis liknande symptom, som observeras vid dermatomyositerna. Senare finna vi liknande fall anförda af EISENLOHR, men framför alt har SENATOR påvisat denna myosits förekomst vid multipla nevriter, på samma gång visande, att vid denna multipla nevrit ej alltid, såsom vanligen är fallet, nerverna först angripas, utan att äfven någon gång musklerna kunna primärt angripas; i synnerhet det senare af de af honom anförda fallen är så till vida anmärkningsvärdt, att i detta 6—8 veckor symptomen uteslutande tydde på en muskellesion, till hvilken först därefter symptom af, att nerverna angripits, sällade sig. Kliniskt fans dock i dessa fall en skillnad så till vida, att i dem förlamningen var mycket tidig och höggradig, och de betydliga ödemen och ansvällningarna af musklerna saknades.

Ett annat fall, i hvilket äfven multipla nervförändringar anträffades, och i hvilket äfven så stor likhet med den vid dermatomyosit funna sjukdomsbilden finnes, att LEVY äfven räknar detta fall till denna sjukdomsgrupp och LÖWENFELD åtminstone anser det stå den mycket nära, är det af SCHULZ under namn af »Sclerodermie, Morbus Addisonii und Muskelatrophie» beskrifna fallet, som därför torde förtjäna anföras.

Hos en 19-årig man började fötterna och händerna svullna, snart blefvo armarna svagare, hjärtklappning instälde sig, smärtor saknades. Vid undersökning konstaterades pigmentering af ansiktets hud, som var spänd och något sväld, i synnerhet ögonlock och öfverläpp; å armarna symmetrisk, ödematös ansvällning från öfverarmarnas midt till underarmarnas midt; fingertryck kvarlemnade endast med svårighet en grop; äfven musklerna därunder tycktes svälda; huden öfver olecranon och öfver metakarpallederna kopparröd; hud å fingrarna atrofisk, deltoideer atrofiska, pares af armarna; benen svullna till lårens midt, ödemet hårdt och fast; sensibiliteten öfveralt normal. Småningom minskning af ödemet, pigmenteringen ökades symmetriskt. Sensibiliteten alltid normal. Elektriska retbarheten lin-

drigt nedsatt, lindrig feber. Död 4 månader efter början. Sektionen visade atrofi af musklerna, hjärtmuskulaturen mikroskopiskt utan tvärstrimmighet, svälld, med tydlig vakuolbildning, i deltoideus jämte atrofiska trådar utan tvärstrimmighet hypertrofiska sådana, ökning af muskelkärnarna och fläckvis svälbildning. De främre ryggmärgsrötterna och de periferiska nerverna voro degenererade.

I detta fall påminna många drag om de förut skildrade fallen af dermatomyosit. Vi finna i detsamma ödem af underhuden, ansvällning af muskulaturen, erytem af huden. I senare stadier förändrades visserligen bilden, i det ödemet försvann, huden blef atrofisk, stark muskelatrofi utbildades, och en utbredd hudpigmentering framträdde, men liknande finnes nog omnämndt i enstaka fall af dermatomyosit; så finna vi hudpigmenteringen i LÖWENFELDs fall, atrofien af musklerna i detta och andra fall; atrofi af huden är däremot icke observerad. Dessa symptom äro dock jämförelsevis ovanliga, och då dessutom åtskilliga skiljaktigheter finnas, torde fallet ej böra räknas till dermatomyositerna. Sådana skiljaktigheter äro det tidiga angripandet af hjärtat och den vid sektionen funna höggradiga degenerationen af detsamma, vidare och framför alt den multipla nervdegenerationen, som konstant saknas vid detta lidande, samt frånvaron af alla smärtor i de angripna delarna.

Granska vi de nu anförda fallen, kan ej nekas, att många beröringspunkter finnas mellan dessa och de förut skildrade fallen af dermatomyositis. Men i alla finnas skiljaktigheter, hvarigenom de dels kliniskt dels anatomiskt skilja sig från de typiska formerna af nämnda lidande. Fråga är då, om man äger rätt att anse dessa fall skarpt skilda från detsamma eller om de ej alla snarare kunna anses vara besläktade och tillhöra samma stora sjukdomsgrupp, i hvilket det ena fallet ena gången visar symptom af ett slag, det andra af ett annat slag.

Redan af skildringen af symptomen torde framgå, huru stora variationer kunna finnas vid de otvifvelaktiga fallen af dermatomyosit. Att under sådana förhållanden på grund af ett eller annat symptoms frånvaro, för att blott nämna t. ex. respirationsmusklernas angripande, hudförändringar eller svalgförändringar, med bestämdhet utesluta möjligheten af, att dock samma lidande kan föreligga i två fall, det ena med, det andra utan nämnda symptom, torde näppeligen kunna försvaras. Förr än det etiologiska momentet för lidandet blifvit kändt, torde det vara

riktigast att ej altför skarpt hålla på dess självständighet gent emot öfriga multipla myositisformer, äfven om man torde ega rätt att tilsvidare anse det skildt åtminstone från de förut omnämnda sekundära polymyositisformerna.

Särskildt i fråga om de multipla nevriterna torde det ej vara alldeles osannolikt, att ett visst samband finnes. Sådana fall som SENATORS, i hvilket lång tid muskelförändringar funnos, innan symptom af att de perifera nerverna voro intresserade, utbildades, och som det nyss nämnda SCHULZ' fall, som kliniskt visar så stor öfverensstämmelse och i hvilket nervdegenerationen ej under lifvet gifvit anledning till några tydliga symptom, kunna tala för, att samma virus, som ger anledning till en polymyosit äfven kan angripa nerverna och gifva anledning till en samtidig nevrit; ty åtminstone i det senare fallet kan man, såsom LÖWENFELD påpekar, vara tveksam om, huruvida den multipla nevriten är primär i fallet; samma förändringar, som funnos i detta fall, anträffas vid dermatomyositerna utan nervförändringar, och kliniska symptom på den multipla nervdegenerationen saknades alldeles i fallet.

I fråga om sjukdomens patogenes känner man ännu intet. Man vet ej, huruvida någon af de funna förändringarna kan betraktas såsom primär i förhållande till de öfriga, eller om ej de olika symptomen alla äro att betrakta såsom direkta följder af den för handen varande orsaken. Jag erinrar därvid om, att några författare ansett hudödemet vara sekundärt, vara ett inflammatoriskt ödem som följd af muskelförändringen, medan åter igen åtskilliga skäl tala mot en sådan uppfattning. Det synes mig dock, som om alla förändringar kunde förklaras af antagandet af, att den primärt angripna väfnaden är kärlsystemet; det är särskildt en observation i mitt fall, som till en viss grad kunde tänkas tala härför. Såsom jag förut nämndt, visade sig vid den mikroskopiska undersökningen ej blott i mitt fall utan äfven i flere andra, att kärlen tydligen voro paretiska, utspända af blodkroppar. Anmärkningsvärdt var nu i mitt fall, att denna dilatation af de finaste kapillärerna mellan de enskilda muskeltrådarna fans ej blott i de muskelbuntar, där muskeltrådarna voro förändrade, utan äfven framträdde i sådana, som mikroskopiskt visade fullt normala muskeltrådar. Särskildt i hjärtat var den enda upptäckbara förändringen af muskelköttet just en sådan dilatation af kapillärerna. Detta förhållande talar onekligen till en viss grad för ofvan nämnda möjlighet, öfriga symp-

tom skulle då utvecklas som följd af kärlförändringarna. Att sådana kunna gifva anledning till både ödemen och hudförändringarna, vare sig dessa nu äro blotta erytemer eller urticarialiknande eruptioner eller hudblödningar, torde ej kunna förnekas; ej häller torde det vara otänkbart, att muskelförändringarna kunna vara en följd af densamma. Jag erinrar i detta samband om den för förklaringen af de vid trikinosen uppträdande symptomen framstälda hypotesen, att ett i kapslarna inneslutet gift skulle framkalla en pares af kärlen som det primära. Liknande skulle vara förhållandet här, vare sig nu detta gift är ett af bakterier alstradt toxin eller ett från tarmkanalen resorberadt ämne.

Huruvida den här framkastade hypotesen är riktig eller icke få framtida undersökningar utvisa; uppgifterna om kärlsystemets förändringar, framför alt utbredningen af dessa äro i de offentliggjorda fallen i allmänhet mycket ofullständiga, men torde på grund af det anförda i framtida fall förtjäna ett noggrannare studium.

5) Diagnos.

Den bild, dermatomyositerna erbjuda, är i de väl uttalade fallen så typisk, att det ej torde möta några större svårigheter att igenkänna densamma. Ödemer, muskelsmärtor och muskelansvällning, huderuptioner, utbredda öfver större delen af kroppen, bilda en symptomgrupp, som egentligen endast förekommer vid ett lidande, nämligen trikinosen; denna likhet är dock ej så anmärkningsvärd, då de invandrade trikinerna ju lokalisera sig i det närmaste i samma muskler, som vid dermatomyositen äro angripna. Trikinosen är således äfven den en polymyosit, men med bestämd och känd etiologi och därigenom skarpt skild från de förut skildrade dermatomyositisformerna.

Likheten i kliniskt hänseende mellan *trikinos* och dermatomyosit kan dock vara så stor, att differentialdiagnosen kan vara omöjlig, om ej det etiologiska momentet med bestämdhet kan påvisas eller uteslutas. En stor del af författarna hafva äfven tänkt på trikinos i sina fall. Hepp har rent af gifvit sitt fall benämningen psevdotrikinos, och Strümpell anser en differentialdiagnos kunna vara ytterligt svår.

Se vi till, hvilka symptom för båda äro gemensamma, så finna vi, att vid båda finnas utpräglade hårda ödem i under-

huden, särskildt äfven i ansiktet och å extremiteterna, uppträdande mest öfver muskelmassorna, skonande händer och fötter, vid båda blifva ett stort antal muskler ömma och svälda, vid båda uppträda huderuptioner och profus svettning; äfven feber och stark törst jämte koncentrerad urin kunna uppträda, likaså sömnlöshet, medan sensoriet är fritt. Men en närmare granskning visar dock åtskilliga olikheter. Främst bland dessa förtjäna framhållas de vid trikinosen konstanta och vanligen ganska höggradiga, gastriska och framför alt intestinala symptom, hvilka som regel, om man undantager bristande matlust, saknas vid dermatomyositerna. Vidare är den ordning, i hvilken de resp. muskel- och hudsymptomen uppträda, en annan i fallen; vid trikinosen uppträda som regel tidigt ansiktsödem och smärtor i ögon-, tugg- och larynxmuskulaturen, medan åter vid dermatomyositerna muskelsmärtorna och äfven ödemen vanligen uppträda först å extremiteterna och oftast därjämte de tre nämnda muskelgrupperna förblifva oförändrade; äfven diafragma är relatift sällan angripen vid dermatomyositerna och vanligen då i ett sent stadium, medan förhållandet är motsatt vid trikinosen. Slutligen talar närvaron af mjältförstoring och albuminuri, hvilka ju relatift ofta förekomma vid dermatomyositerna, men saknas vid trikinosen, mot denna senare sjukdom.

Viktigast är dock tydligtvis påvisandet af det etiologiska momentet vid trikinosen. Om detta också torde vara svårt nog ibland, synes mig dock, att sporadiskt uppträdande af ett fall snarare talar för, att en dermatomyosit föreligger, då väl som regel vid trikininfektion flere fall torde förekomma ungefär samtidigt; ett sådant förhållande har åter igen ej observerats af mer än en författare (LEVY) i fråga om det förra lidandet.

Från *andra myositisformer* är differentialdiagnosen lättare. Äfven vid dessa finna vi ödemer i huden, ömhet af musklerna och smärtor i dem, så t. ex. vid reumatiska myositer, i början af ossifierande myositer, vid syfilitiska myositer och vid ischemiska sådana samt slutligen äfven någon gång vid tyfösa myositer. Men skillnaden från dessa är i allmänhet ganska lätt. Frånsedt det etiologiska momentet i dessa fall, äro de i allmänhet mera inskränkta till enstaka muskler eller muskelgrupper, deras extensitet och intensitet är i allmänhet betydligt mindre än vid dermatomyositerna, svalgmuskulaturen angripes

ej vid dem, feber saknas ofta, likaså mjältförstoring och albuminuri, där denna ej beror på det etiologiska momentet.

Men å andra sidan är det tydligt, att om abortivfall af dermatomyosit förekomma, begränsade till en eller annan muskelgrupp, så kan skillnaden, där ej tydligt etiologiskt moment finnes, vara omöjlig och praktiskt ej häller betyda något.

Samma differentiala moment gälla gent emot de af SCRIBA skildrade *akuta infektiösa myositerna*, hvilka som regel äro begränsade till enstaka muskler, och hvilka bero på en infektion från någon varhärd samt ofta öfvergå till suppuration; i musklerna kunna då vanligen bakterier af något slag påvisas. Sist nämnda moment skiljer äfven nu skildrade sjukdom från de af FRÆNKEL, WÄTZOLDT och andra offentliggjorda fallen af sekundära polymyositer, i hvilka dels varbakterier kunnat påvisas i musklerna, dels suppuration inträdt, medan denna saknas vid de typiska dermatomyositerna.

Att en i patologiskt-anatomiskt hänseende likartad förändring af musklerna kan förekomma vid *multipla nevriter* har SENATOR framhållit, och att symptombilden kan vara ganska lika, visa flere fall, t. ex. sådana af EICHHORST, EISENLOHR, i hvilka utpräglade ödemer uppstodo vid typiska och otvifvelaktiga nevriter jämte muskelsymptom. Att skilja denna multipla nevrit från en dermatomyositis kan därför någon gång vara svårt, men låter sig dock i allmänhet göra. Vid den multipla nerviten hafva vi ömhet af ej blott musklerna, utan äfven af nervstammarna; vid densamma finnes som regel sensibilitetsrubbningar af ej blott subjektiv, utan äfven objektiv art, pareser uppträda vanligen jämförelsevis tidigt liksom utpräglad degenerationsreaktion, medan åter vid dermatomyositerna ömheten är mest utpräglad öfver muskelmassorna, nerverna äro oömma, objektiva sensibilitetsrubbningar så godt som konstant saknas, degenerationsreaktion saknas, men väl en nedsättning af den elektriska retbarheten förekommer; äfven hudutslagen tala för det senare lidandet, då de höra till sällsyntheterna vid den multipla nerviten.

I öfrigt kan sjukdomsbilden på grund af sin utbredning eller symptomens abortiva beskaffenhet påminna om en *trombos af vena cava inferior*, som i LEVYS fjärde fall, eller en *morbus maculosus Werlhofii*, såsom i samme författares tredje fall. Differentialdiagnosen torde dock ej möta några svårigheter gent emot först nämnda symptombild; gent emot sist nämnda

torde åter i liknande abortivfall en åtskillnad, såsom nämnts, om ej särskilda förhållanden förefinnas, vara omöjlig.

Äfven *sklerodermien* har LÖWENFELD på grund af det af SCHULZ offentliggjorda fallet velat sätta i samband med dermatomyositerna. Dock torde i allmänhet differentialdiagnosen vara relatift lätt att ställa, då, om man undantager hudödemien, någon likhet näppeligen finnes.

6) Terapi.

I terapevtiskt hänseende stå vi ännu tämligen maktlösa gent emot lidandet. Något medel, som förmår direkt inverka på sjukdomsprocessen, känna vi icke. Alla använda medel förmå endast lindra sjukdomen och detta icke ens konstant. Gynsamt tyckes ibland salicylpreparaten verka, någon gång äfven antifebrin, i mitt fall tycktes tidvis jodkalium ega en bestämd inverkan, i det processen flere gånger under dess användning gick tillbaka. Äfven neptunigördlar och bad förmådde i några fall lindra plågorna. Men ej sällan slå alla dessa medel fel, och man måste gripa till morfinet för att lindra smärtorna. I senare stadier, då ömheten minskats, förtjänar massage att användas och, där musklerna äro paretiska, äfven den faradiska strömmen.

Dessutom hafva en hel del medel försökts utan all nytta, i mitt fall försökte jag särskildt ichthyol, men utan verkan.

7) Kasuistik.

1. WAGNER: 43-årig kvinna. Sjuknade plötsligen under symptom af periostit å armarna och dog efter 10 dagar från intagandet. Sektionen visade ödem å armarna, musklerna voro blekt gråröda, och i alla muskler å bröst, buk, hals och armar fans dels sparsamt dels rikligt, mestadels cirkumscripta blödningar, i och mellan hvilka muskelsubstansen ej visade något abnormt. Mjälten var normal, möjligen något mjukare, njurarna stora. Mikroskopiskt fans nästan öfveralt, ej blott i och omkring blödningarna, dels fettmetamorfos, dels vaxdegeneration af muskulaturen samt fläckvis varkroppar och ökade sarkolemmakärnar. Bindväfven mellan musklerna var normal; i nervtrådarna till musklerna funnos dels kolloidliknande förvandling dels enstaka fettmolekyler; i hjärtat enstaka vaxdegenererade muskeltrådar.

2. POTAIN: 17-årig man. Utan anledning trötthet, smärtor i extremiteterna och rodnad af ögonlocken. Efter 2 månader rodnad af

huden, svullnad af ansikte och extremiteter, tidtals smärtor i svalget med svårighet att svälja, slutligen hufvudvärk, smärtor i sacro-lumbalregionen. Ej feber. Vid undersökningen konstaterades, att pat. ej kunde resa sig, ansiktet var slapt, svaren voro långsamma, minnet dåligt. Erytem fans i ansiktet å ögonlock och näsa, ödem i ansiktet och å extremiteterna, mest öfver muskelmassorna, varierande något i intensitet; kvarstående fördjupning efter fingertryck erhöls endast med svårighet. Ingen förhårdnad i muskulaturen. Svåra smärtor vid rörelser, styfhet i ryggmuskulaturen, lederna ej svullna. Matlusten var dålig, lindrigt diarré fans, lefver och mjälte voro ej svälda. Urin och puls normala, temperaturen visade en tid lindrig stigning. Äfven å buken uppträdde 8 dagar senare under några dagar ett erytem, slutligen tillstötte hosta, rösten blef skroflig, sväljningen försvårad och smärtsam utan objektiva förändringar. Pat. kunde till slut ej röra händerna, maten kom i vrångstrupen, och han afled 5 månader efter symptomens början. Sektionen visade bronkopnevmoni i sin början, stor och fast mjälte, ansvällning af peyerska plaques i tarmen; musklerna å underarmen voro seröst infiltrerade och bleka samt visade mikroskopiskt ett ringa antal muskeltrådar med bibehållen tvärstrimmighet, medan i det öfvervägande flertalet denna försvunnit och muskelsubstansen blifvit kornig.

8. WAGNER: 34-årig kvinna. Fader potator, moder sinnessjuk. För länge sedan tyfus, intet puerperium. Sedan 6 mån. menses borta. Sedan ett år tuberkulos. Fick för 3 veckor sedan rygg- och korssmärtor utan anledning, 14 dagar senare blefvo halsen och lederna styfva, nacksmärtorna ökades och liknande uppträdde i skuldror, handleder och ben. Samtidigt dyspné. Vid inkomsten var pat. väl nutrierad och kraftigt bygd, hade ej feber. Hufvudets rörelser voro försvårade, hals- och nackmusklerna ömma. Vänstersidig spetsförtätning, hjärtat och lefvern något förstorade, mjälte, njurar, tarmar normala. Å bägge handryggarna samt underarmar och underben fans ett lindrigt ödem. 5 dagar senare uppträdde myrkrypning och domning i underarmarna, ödemet stod kvar, nerverna ömmade ej för tryck. 4 dagar därefter uppträdde ansvällning af öfverarmarna, och svullnaden i underarmarna ökades. Huden där blef så spänd, att muskelkonturerna ej kunde palperas; den blef hvit, ej glänsande, ingen kvarstående fördjupning vid tryck. Rörelserna försvårades af den spända huden; musklerna kändes egendomligt degiga, men ömmade ej. Inga fibrillära ryckningar. Sensibiliteten normal, elektriska retbarheten normal. Den farado-kutana sensibiliteten något nedsatt, normal öfver m. pectoralis och halsen. 6 dagar senare var svullnaden mindre och mjukare, muskelkonturerna framträdde. Temp. 38°—38°,4. Efter ytterligare 4 dagar erhöls fördjupning vid tryck. Å vänstra underarmens sträcksida fans en erysipelasliknande rodnad med taggig gräns; denna rodnad uppträdde 5 dagar senare äfven å högra underarmen och efter ytterligare 5 dagar hade den utbredt sig uppåt och nedåt, oaktadt svullnaden minskats så betydligt, att tydlig sådan endast fans å höger handrygg. Temp. 39°. Efter 1 vecka var rodnaden försvunnen, men pat. kände smärtor i högra lårets djup;

pat. fick hosta och anfallsvis stark andnöd. Efter ytterligare 5 dagar svårighet att svälja och kväfningsanfall, och pat. afled i ett sådant efter 7 veckors sjukdom. *Sektionen* visade måttligt utbildad underhudsfettväf, armarna liksom musklerna ödematösa. Biceps var blekröd och homogen, likaså triceps och brachialis int., af egendomlig styf konsistens och skörare än normalt. Å underarmen voro handens böjare mest förändrade, dock mera fläckvis med hemorragiska strimmor. Samma bild visade de flesta muskler å öfre kroppshalfvan, medan gluteerna, adduktorerna samt vad- och bukmusklerna voro normala. Hjärtat var slapt, likaså diafragma, men makroskopiskt oförändrade. Nerver normala. Hjärne blodrik. Ulcerationer i ileum och colon. Lefvern något förstorad, mjälten normal. Tuberkulos. Vid mikroskopisk undersökning befans förändringen mindre utbredd. Än voro alla muskelprimitivfibriller än endast en stor del af dem förändrade. Endast få blödningar, alltid interfibrillära, ofta ödem af själfva trådarna, än likformigt än i form af luckor i trådarna, fylda af kornig massa eller tomma, men utan oförändrade kärnar och jätteceller. Tvärstrimmigheten var otydligare; vidare fans »trübe Schwellung» och fettvandling samt vaxdegeneration (de två sista oftast). Enkel atrofi fans mera sällan och då med samtidig kärnproliferation i den interstitiela bindväfven. Här och hvar tecken till nybildning af muskeltrådar. Kärl normala. Förändringen var mycket olika i olika muskeltrådar, några voro fullt normala. Äfven makroskopiskt normala muskler visade liknande förändringar ehuru mindre, och fläckvis anträffades höggradig dilatation af kapillärerna. Nerverna normala.

4. HEPP: 36-årig kvinna. Alltid frisk. 2 månader före intagandet under några veckor allmänt illamående och matt; därefter utslag i ansiktet af röda, ej upphöjda, ej kliande fläckar, som följande dag hade utbredt sig till hals och rygg och in i munnen. Samtidigt torrhet i halsen och lindrig smärta vid sväljning; gombågar starkt rodnade. Efter 8 dagar angina och utslag försvunna. Småningom alt häftigare smärtor i rygg, skulderblad och nacke, underbenen började svullna. Under de följande 8—10 dagarna uppträdde smärtorna i kors och extremiteter och försvårade rörelserna, de uppträdde endast vid rörelser, ej i stillhet och voro ej lokaliserade till ledgångarna. Efter ytterligare 8 dagar svullnade plötsligt i betydlig grad ansiktet och mindre högra armen, 3—2 dagar senare äfven den vänstra. Svullnaden i ansiktet försvann emellertid efter 1 dags duration i det närmaste. Sedan dess tilltog däremot armarnas svullnad konstant; den uppträdde först i armbågstrakten. Någon gång lindrig stickning i fingertopparna, aldrig myrkrypning. Lederna blefvo styfva. De sista 14 dagarna smärtorna något lindrigare. Matlust alltid god, törst mycket stark, urin koncentrerad. Sedan sjukdomens början profus svettning och sömnlöshet, aldrig hufvudvärk, feber(?) men svårt att svälja, maten kom lätt i vrångstrupen; ögonrörelser och tuggning alltid normala. Vid intagandet riklig svettning, lätt rodnad af huden i ansiktet och bröstet, ödem i ansiktet och å extremiteterna, starkast å nedre ögonlocken, öfver muskelmassorna å bröstet, samt öfver- och underarmarna, mest i armbågstrakten, medan

händer och fötter voro fria. Detta ödem var hårdt och fördjupningar vid tryck kvarstodo endast med svårighet. Huden var förskjutbar öfveralt. Pectoralis major fast och hård, kontrakturerad, likaså extremitetmusklerna. Inga smärtor vid hvila eller tryck å musklerna, större passiva rörelser omöjliga på grund af kontraktur och uppstående smärtor, aktiva rörelser så godt som omöjliga öfveralt, äfven af hufvudet, som sjönk slapt framåt eller bakåt, då pat. sattes upp. Ögonmuskler dock normala, tuggning bra, tunga rördes bra, sväljning tämligen bra, pupillerna reagerade. Sensoriet fritt. Senreflexer försvunna, likaså bukreflexen. Den elektriska retbarheten upphäfd å extremiteterna, starkt nedsatt å händerna, normal i ansiktet. Mjälten ej förstorad. 38°,6, puls 122, urin sparsam, mörk, rätt mycket ägghvita i densamma. En vecka därefter smärtor äfven i hvila i höger underarm, 2 dagar senare i båda underbenen under samtidig rodnad och starkare ansvällning jämte crampi i underbenen. Dagen därefter tal nasalt, starkare hosta, ödem äfven å händerna, och följande dag hyperestesi af huden och ömhet af musklerna vid tryck, häftig hufvudvärk; dagen därpå pares af gomseglet, regurgitering af föda genom näsan, stämman mycket svag, slutligen sväljning omöjlig, pnevmoni, plötslig död i kväfningsanfall 12 dagar efter inkomsten. Feber hela tiden, ehuru lindrig. *Sektionen* visade utbredt ödem, hjärta normalt, bronkopnevmoni, lefvern stor, mjälten stor, fast, högra njuren hydronefrotisk, hjärnen normal, mycket blodrik. Muskulatur gulblek, mycket fuktig, fläckvis mycket skör, ögonmuskler normala. Mikroskopiskt ej trikiner; bland oförändrade muskeltrådar talrika med vaxdegeneration, ingenstädes fettdegeneration, rundceller i perivaskulära bindväfven och uti den degenererade muskelsubstansen, ingenstädes i större mängd, muskelarterer normala. Äfven farynxmuskler lika förändrade, ehuru mindre, de perifera nerverna fullt normala, ryggmärg och hjärne samt inre organ normala.

5. UNVERRICHT: 24-årig man. Frisk tils för 14 dagar; plötsligen utan anledning dragande smärtor i armar och ben, som snart ökades. Vid inkomsten kraftig person med smärtor i extremiteterna och korset, ökade genom rörelser. Han hade svårt att resa sig på grund af smärta i ryggen, mindre smärtade extremitetrörelserna, kraften i dessa normal, inga parestesier. Efter 8 dagar uppstod lindrig ansvällning af extremiteterna och ansiktet, där ögonlocken svullnade, och samtidigt å dem och pannan urticaria med riklig svettning; urin mörk, sparsam, ej alb. Ansvällningen ökades, följd af smärtor, stark tryckömhet uppstod af den ödematösa huden och musklerna; ledgångar fria. Senare blef äfven thorax öm för tryck och svettning uppträdde äfven här jämte serös genomdränkning af de mjuka delarna; utslaget i ansiktet försvann, men ansvällningen ökades. 38°,5. 3 veckor därefter smärtor vid sväljning, intet objektift i svalget, larynx öm för tryck, ödem å hals, sternocleidomastoidei ömma; de följande dagarna sväljningen alt svårare, andningen försvårad, thoraxmuskulaturen mycket öm, slutligen maten i vrångstrupen, stämman belagd; mjältansvällning. Pat. afled 23 dagar efter inkomsten på grund af en pnevmoni. Lindrig feber hela tiden. *Sektionen* visade betydlig, hård ansvällning i

underhud och muskelväf å extremiteterna, ej å thorax eller buken, lindrig sådan i ansiktet, blåaktig färgning af ögonlocken och pannan med blåröda fläckar. Bronkopnevmoni. Hjärtat normalt. Hjärnen blek. Mjälten betydligt förstorad, lefvern normal. Muskulaturen fläckig, än blek, genomskinlig, än mörkröd; dessa fläckar stodo än tätt än mera spridda; alla dessa muskler svälda, sköra, matta; mest finnes förändringen i extremiteternas sträckmuskler och en del af bålmuskulaturen, medan böjarna voro nästan normala. Pectoralis major delvis förändrad, pectoralis minor fri, deltoideus mycket förändrad, biceps förändrad endast vid senan, triceps fri, musc. psoas och sternocleidom. något förändrade, tunga, diafragma och ögonmuskler normala. Mikroskopiskt fans riklig rundcellsinfiltration i den interstitiela bindväfven, kärl utspända af blod, här och hvar blödningar, muskler i alla stadier af degeneration, omväxlande trådar med bibehållen och försvunnen tvärstrimmighet, vaxartad degeneration, parenkymatös degeneration, fettdegeneration. Nerver och ryggmärg normala.

6. JACOBY: 35-årig man. För 4 år sedan malaria, så plevrit och tyfoid. För 2 1/2 år sedan känsla af spänning i höger vad, som blef röd och skinande, mycket öm, lindrigt ödematös; ej var vid incision; läkning. Efter några veckor vänster vad likadan och samma process å nyo i höger vad; tillståndet varierade, än ena vaden än den andra bättre. Därpå högra låret och snart äfven det vänstra likadant, så böjsidorna af underarmarna och slutligen biceps. 2 1/2 år efter början konstaterades kakexi, ansikte, tunga och tal normala, vänster deltoideus och cucullaris förtjockade och ömma, likaså vänster biceps och alla böjare å underarmen. Samma i höger arm, ehuru mindre; vänster arm kändes hårdare än höger. Huden å armarnas böjsidor rodnad, mest å vänster; båda tenar ömma, ej svullna. Benen lika angripna, quadriceps och adduktorer förstorade och ömma, likaså gastrocnemius; fotmusklerna ej angripna, musklerna kändes fasta, men elastiska, senorna spända, rörelserna försvårade. Lindrigt ödem i huden öfver de angripna musklerna utan kvarstående fingertryck. Ömhet uteslutande af muskulaturen, nerverna fria. Elektriska retbarheten höggradigt nedsatt, ej EAR. Patellarreflexer svaga, sensibilitet normal, blåsa normal; musklernas mekaniska retbarhet ej ökad, inga fibrillära ryckningar, ej atrofi. Inre organ normala. Under de följande 14 dagarna än bättre än sämre, än kunde pat. gå, än måste han ligga. Därpå försämring, musklerna alt ömmare, svullnaden ökades. Vid undersökning 7 veckor efter inkomsten lefvercirros, ascites. Stark svettning, stark smärta vid rörelser och tryck, musklerna starkt spända på grund af muskelförkortning; huden lifligt rodnad öfver alla angripna muskler, med små kapillära hemorragier. Utom förut nämnda muskler hade äfven gluteerna, ryggmusklerna, interkostalmusklerna och obl. ext. abd. angripits, hvarjämte utpräglad atrofi utbildats i quadriceps och vasti nedre del, medan m. rectus, adduktorer och glutei voro hypertrofierade. Likaså hypertrofi af biceps och triceps å armarna, medan deltoidei och främre delen af cucullaris voro totalt atrofiska, i synnerhet v. De dorsala interossei och tenar atrofiska, höger tenar dock något svullen och öm. Slutligen

utbildades tuberkulos, svårighet att svälja tillstötte 3 veckor efter sista status, tungan blef öm och svullen och kunde ej sträckas ut, aktiva rörelser blefvo omöjliga, hufvudet kunde ej lyftas; endast fötterna voro fritt rörliga; ansikte och ögon alltid fria, sensorium fritt; pat. afled efter ytterligare 10 dagar. I exciderad muskelbit fans nybildad bindväf, dels myxomatös dels lucker, med fettkulor. Muskulaturens förändringar ej uniforma öfveralt; än voro muskeltrådarna homogena än vaxdegenererade, ofta i hela deras utsträckning. Muskelsubstansen skör; vakuoler. Kärnarna voro ökade, substansen ofta grumlig, sönderfallande, tvärstrimmigheten otydlig. Nerver normala, i några lindrig ökning af Schwannska skidans kärnar.

7. FENOGLIO: Hos en pat. observerades smärtor, lätt atrofi i olika muskelgrupper, tidtals ödem. I exciderad stycke ur deltoideus fans mellan och i muskeltrådarna en inflammatorisk exsudation, vakuoler i muskelsubstansen och serös imbibition.

8, PLEHN: 22-årig man. Alltid frisk. Plötsligen illamående, hufvudvärk och svindel, häftiga smärtor i benen. Samma dag vid intagandet svåra smärtor i muskulatur, domning i benen, smärtor ökade af rörelser, stark dyspné, törst, 39,°5. Muskler toniskt kontraherade, händer och underarmar något cyanotiska, mjälten tydligt förstorad, muskulatur öfveralt ytterst öm, nervstammar oömma. Följande dag händer och underarmar rodnade och lindrigt ödematösa, dagen därpå smärtor minskade, rodnad å armarna minskad, å bröst- och buk roseolafläckar, å läpparna herpes, mjälte ytterligare förstorad. Följande dag smärtor och muskelömhet i det närmaste borta, dagen därpå roseolan borta, men i stället talrika, skifferfärgade fläckar å bål och lår (blödningar); samma dag å nyo smärtor och hufvudvärk, utan feber, musklerna å nyo ömma; följande dag mjältdämpning minskad, smärtor å nyo borta, småningom läkning, och pat. utskrefs frisk 10 dagar efter symptomens början.

9. LÖWENFELD: 50-årig man, brefbärare. Ej lues eller alkohol. För 2 år sedan myokardit under 4 veckor, efter 6 veckor recidiv, långsam rekonvalescens, sedan dess alltid trött. På sista tiden mycket ansträngande tjänst. Sjuknade med smärtor i vänster vad, efter 2 dagar så häftiga, att han måste intaga sängen; låg 11 dagar; vaden var ej sväld men mycket öm. Kunde därpå gå igen. 7 månader senare frysning kring handlederna och snart svullnade vänstra underarmen. 2 månader senare svullnade vänstra armbågsleden, och denna svullnad bredde småningom ut sig öfver biceps och triceps, så att öfverarmen blef kolossal; musklerna och huden där kändes mycket hårda. Uppmjukning öfver biceps efter några veckor, profpunktion gaf endast blod och serum. Efter 2 1/2 månad gick ansvällningen tillbaka, och pat. var frisk under 14 dagar. Därpå fick han å nyo smärtor och ansvällning i höger underben med hårda och ömma muskler och ödematös hud, å hvilken syntes spridda, ljusröda fläckar, som småningom konfluerade. Därpå gick processen öfver på vänster lår, först å quadricepsområdet, så å nyo å vänstra

underbenet, sist å högra låret; å alla ställena varade ansvällningen 3—4 veckor. Äfven ileopsoas angreps. Betydlig funktionsrubbning på grund af smärtor, ingen paralys. Interkurrent under hela denna tid led pat. af bronkiter och ryggsmärtor utan ansvällning; å högra armen uppstodo slutligen röda, ej konfluerande fläckar. 2 månader efter början af sista anfallet plötsligen hastig, oregelbunden puls, beklämning och andnöd utan objektiva förändringar af hjärtat under 2 veckor. Därpå häftiga smärtor å bröstets framsida utan ansvällning. Slutligen äfven svårighet att svälja, som dock småningom förbättrades, och smärtor å halsens utsida, i munnen och i recti abdominis utan ansvällning, samt slutligen i vänstra ansiktshalfvan och pannan ett fläckigt rödt utslag. Under hela tiden riklig svettning, temperaturen längre tid 38—39°, urinen koncentrerad. Vid undersökning 21 månader efter början lidande utseende, å vänstra pannan och kinden bruna fläckar, ögonrörelser, ansikte, tunga, gomsegel normala. Stark spottflytning, armmuskler atrofiska, i synnerhet triceps och deltoideus, å bröstet likaså pect. major samt rygg- och skuldermuskler. Ingen tryckömhet å dessa muskler, men väl å öfre delen af rect. abdom. Samtliga armrörelser svaga. Benmuskler atrofiska, slappa och oömma, mera lårens än underbenens. Sensibilitet normal, nerver oömma. Patellarreflexer kvar, den högra något svagare. Hudreflexer normala. Å armar och ben var hudfärgen fläckvis brun, och dessutom funnos röda, ej upphöjda fläckar med känsla af sveda. Talet var matt och nasalt, ehuru bättre än förr, psyke normal, inre organ normala. 4 månader senare fläckar försvunna, i tungan obetydliga fibrillära ryckningar, sväljning bättre, livid färgning af handrygg. Atrofien af armmuskulaturen minskad, mest kvar i interossei, deltoideus och pectoralis, benmuskler betydligt förbättrade, talet tydligare. En månad senare å nyo under feber smärtor och ömhet i vänster buksida med dålig matlust, stark svettning och stor svaghet; något senare äfven smärtor i högra bukhalfvan med ansvällning och förhårdnad af musklerna och 1 månad senare svåra smärtor i hela bukmuskulaturen jämte ömhet vid thoraxfästet. Slutligen efter ytterligare 1 månad svårighet att svälja ökad, och pat afled slutligen 16 månader efter de första symptomens uppträdande. Ingen sektion.

10. PRINZING: 50-årig man, frisk, då och då dock angina. För 4 månader å höger vad en blåröd fläck med följande ansvällning af hela benet under häftiga smärtor. Svullnad borta efter 6 veckor, men då svullnad af vänstra låret, som blef blårödt; äfven denna försvann efter 6 veckor undantagandes en lindrig svullnad öfver vänster höft. Efter en tillstötande influenza smärtor i båda låren, mest det vänstra, som snart ökades, och utsidan af vänstra låret började å nyo svullna. Ödemet minskades dock snart, men i stället framträdde i nedre delen af vastus externus en förhårdnad. Snart utbildades en ny ansvällning af låret, och hårdnaden i muskulaturen spred sig uppåt, medan den längre ner gick tillbaka; under smärtor och feber gick processen genom hela vastus. Efter kort tid å högra lårets framsida en nedifrån uppåt vandrande hårdhet och ansvällning i m. sartorius; under denna tid utbildades samma process i v. rectus femoris och snart därpå i höger

triceps, utan att i dessa muskler spridas vidare. 38°, sömnlöshet, slutligen andnöd. Vid undersökning afmagring, fötter orörliga, håret föll af. Lindrigt emfysem, puls 120, mjälte ej förstorad. Högra låret dubbelt så tjockt som det vänstra, huden blek, spänd, af ett hårdt ödem, ömhet å utsidan, ej å insidan för tryck, underben ej svälda, vänstra låret endast något nedom lig. Poupartii, dess nedre hälft afmagrad. Å högra öfverarmen sträckmusklerna ömma med en äggstor knöl. Öfver tum-metakarpalleden rödt erytem. Sensoriet något omtöcknadt, urin ej alb., 38°,4. De följande dagarna hjärtklappning, svåra smärtor i lår och korsrygg, där en ytlig decubitus, efter ytterligare några dagar en knöl i vänstra öfverarmens sträckmuskler och smärtsamt ödem kring högra armbågsleden samt knölig ansvällning i vänstra lårets adduktorer, dagen därpå ökadt ödem å armen, mycket öm knöl i vänstra m. biceps ofvanför dess fäste, v. låret svullet och ömt längre ned, följande dag mjukt ödem till midt på högra underarmen, i vänster arm en knöl i triceps, högra låret mindre svullet, slutligen efter några dagar ödem af hela högra underarmen, hårdt, fast, ömt, och vänstra armen ödematös kring armbågsleden, underarmens böjare ömma. Patellarreflexerna försvunna. Ödemet å vänstra armen ökades småningom ner öfver underarmen, hudfärgen blef vaxblek, pat. måste matas. Ödemet var starkast i armbågstrakten, så att armarna voro spolformiga. Detta ödem minskades något efter en kort tid, men hjärtat blef alt svagare, svårighet att svälja tillstötte, och pat. afled 4 $^{3}/_{4}$ månaders sjukdom. Talet och ögonmusklerna hade alltid varit normala. *Sektionen* visade hydrothorax, hjärtat brunt med skör muskulatur, mjälten obetydligt förstorad. Musklerna å extremiteterna förändrade, bröst och bukmuskler makroskopiskt normala. De förändrade musklerna voro seröst genomdränkta, blekröda eller blekgula, något fastare, men sköra, med utbredda blödningar af oregelbunden form och af äldre datum. Mikroskopiskt funnos ännu många tvärstrimmiga trådar. Å tvärsnittet muskeltrådarna skilda af mellanrum, fylda af koagulerad fibrin, bindväfven var bredare utan tydliga kärnar. I de grofva muskeltrådarne vakuoler, otydlig tvärstrimmighet, i vakuolerna ofta kulor och rester af sönderfallen muskelsubstans samt röda blodkroppar, delvis äfven degeneration. Grupper af smalare muskeltrådar visade tydligare tvärstrimmigheten. Nervtrådar och kärl voro normala; inga mikroorganismer.

11. UNVERRICHT: 39-årig kvinna. Alltid frisk. För 8 dagar sedan ansvällning af benen och intensiv klåda jämte utslag. 3 dagar senare hufvudvärk, kväljning, kräkning, feber. Ansvällningen steg småningom upp öfver buk och bröst och snart äfven här utslag. Lindriga smärtor i benen både spontana och vid gående, likaså i korset. Gravid i 8:de månaden. Vid inkomsten kraftig, ansiktet öfver proc. zygomaticus rodnadt och sväldt, ödem å underben, hud där, i synnerhet å framsidan, glänsande röd, spänd och varm. Lår äfven svullna, i synnerhet öfver adduktorerna, huden å deras framsida skroflig och varm; intet utslag å benen. Lindrig ömhet vid tryck. Å buk och bröst urticaria, armar fria. Ögon-

och ansiktsmuskler normala. Sensibilitet normal utom hyperalgesi och ömhet vid tryck, interkostalmuskler ömma. Ingen dyspné, musklernas kraft ej nedsatt, alla rörelser fria, utan smärtor. Inre organ normala, mjälte ej förstorad. Urin fri från albumin. Temperatur normal. Följande dag ansiktet mera sväldt, urticarian tydligare, dagen därpå ansiktsödemet höggradigt, klåda mycket svår och urticaria nu äfven å armarna, dagen därpå klådan mindre, ansiktsödemet minskadt; de följande dagarna gingo alla symptomen tillbaka, ansiktshuden fjällade. Elektrisk undersökning tilläts ej af pat. 5 1/2 månader efter början konstaterades fortfarande lindriga smärtor i fötter, händer och rygg, ansiktet ej svullet, vänster kind, temporalis, masseter något ömma för tryck, isynnerhet å vänster sida, möjligen något atrofiska. Öfverarmens muskler något ömma, mindre underarmarnas. Ej sällan myrkrypning i händerna. Bålmuskler äfven ömma, vänster infraspinatus något atrofisk. Å lår endast adduktorer ömma, å underben lindrig ömhet af vador. Hud öfveralt oförändrad, intet ödem.

12. BOECK: 21-årig man. Hade 8 dagar före intagandet för en gonorré ingnidit underlifvet och ljumskarna med kopaiva, men ej tagit medlet invärtes. Kort tid därefter uppträdde våldsamma smärtor i korsryggen och låren, när han gick. Vid undersökning kolossal mängd kopaiva i urinen jämte ringa mängd alb., 6 dagar därefter stomatit, 5 dagar senare albumin borta; efter ytterligare 5 dagar konstaterades, då pat. altjämt klagade öfver styfhet i benen vid försök att gå, följande: Armarna ödematösa, isynnerhet den vänstra; ödemet sträckte sig från skuldran till en handsbredd ofvanför handleden, muskulaturen i dessa delar fast, men ej öm, armarnas rörlighet inskränkt; å halsen en svullnad af sternocleidomastoidei, som voro förtjockade och något ömma, likaså pectoralis major, i synnerhet den vänstra; låren något ödematösa, underbenen ej svullna. Den farad. retbarheten nedsatt, deltoideus reagerade ej. Temp. högst 38°. Efter 6 dagar förbättring af ben och m. pectorales samt sternocleidomastoidei men armarna nu ömma; elektriska retbarheten af de förra ökad, under de följande äfven af vänstra armens muskler. 5 dagar senare tydlig svaghet af m. ileopsoas och bukmuskler och efter ytterligare 2 dagar svullnad i ansiktet, särskildt underläppen och kinderna, jämte ökad sådan i armarna; så utvecklades successift efter 3 dagar smärta vid tuggningen och sväljningen, ödem af ryggmusklerna, efter 4 dagar svårighet att svälja, efter 5 dagar tydligt subkutant ödem å armarna; patellarreflexen försvann. Därefter vidtog en kontinuerlig förbättring, så att 9 veckor efter insjuknandet ingen ansvällning af musklerna kunde påvisas, ömheten var försvunnen liksom ödemet, och den elektriska retbarheten var ökad, men först efter ytterligare tvänne veckor kunde tydlig patellarreflex framkallas. Mjälten ej svullen någonsin.

13. STRÜMPELL: 70-årig man. Pat. hade 2:ne gånger haft erysipelas, eljest varit frisk. Sjuknade 5 veckor före intagandet med kväljningar, kräkningar, hufvudvärk och allmän mattighet; 8 dagar senare uppträdde häftiga smärtor i armar och ben, i synnerhet i ledgångarna,

så att han måste lägga sig jämte erysipelatös rodnad af ansiktet, snart följda af ansvällning af i synnerhet armarna samt af ansiktet, alt under häftig hufvudvärk och stark feber. Efter 2 veckor minskades ansvällningen af ansiktet, men i stället uppträdde smärtor vid tuggning, sväljning och tal, munnens slemhinna inflammerades, och stark spottflytning instälde sig. Vid intagandet medelkraftig patient med fritt sensorium. Ansiktet mörkt rodnadt med lätt fjällning, men ej svullet utom å underläppen, häftig allmän stomatit, tungan svullen och svår att röra, sväljning mycket smärtsam, andningen påskyndad, mjälte och lefver ej förstorade, urin utan albumin. Armarne voro från armbågstrakten svullna till ner öfver midten af underarmen, medan öfverarmar och händer voro fria, huden öfver de svullna delarna något rodnad; öfveralt stark tryckömhet, passiva rörelser smärtsamma, aktift endast fingrar bra rörliga. Å benen fans intet ödem, men de voro öfveralt ömma och smärtade vid passiva rörelser; patellarreflexerna vore otydliga. Sensibilitet normal. Den elektriska retbarheten tycktes vara något nedsatt. Stark ömhet vid tryck äfven å nervstammarna. Bronkit, obetydlig feber. Slutligen fick pat. maten i vrångstrupen, extremiteterna blefvo förlamade, tydlig ptosis utbildades, och bulbusrörelserna blefvo inskränkta, den elektriska retbarheten af musklerna försvann, och pat. afled 8 dagar efter intagandet. *Sektionen* visade lindrig tuberkulos i högra lungspetsen, lobulär pnevmoni i nedre loberna, lindrig mjältansvällning. Musklerna makroskopiskt något blekare än normalt, men mikroskopiskt syntes blandade om hvarandra några få friska muskeltrådar och sådana, i hvilka tvärstrimmigheten försvunnit och ersatts af kornig grumling, som ej visade sig utgöras af fett; därjämte funnos hyalina, breda, vaxdegenererade trådar, kapillärerna voro utvidgade och fylda af blod. Starkaste förändringarna träffades i deltoidei och öfverarmens muskler, å underarmarna voro sträckmusklerna minst angripna, å benen gastrocnemii; ingenstädes anträffades normal muskulatur, äfven ögonmusklerna, tungan och farynx visade samma förändringar. Å snittpreparat anträffades dessutom tydlig vakuolbildning, en ökning af muskelkärnarna och talrika härdar af interstitiel myosit. Ryggmärgen var normal.

14. SENATOR: 50-årig man, frisk med undantag af upprepade bronkiter till 1885, då en diabetes utbildades. I början af 1891 smärtor först i högra, därpå i vänstra underbenet, som försvårade gåendet, underbenets muskler blefvo mycket ömma för tryck; hud, leder och nerver normala, ingen feber. De närmaste dagarna blefvo äfven lårmusklerna ömma, feber tillstötte, snart blefvo äfven öfverarmen, thorax och sist underarmarna ömma. Å olika delar af huden öfver dessa muskler utbildades blåröda fläckar, dels diffusa dels cirkumskripta (erythema contusiforme); andningen blef till följd af smärtan försvårad, febern fick tyfös karakter, tungan blef torr, sensoriet omtöcknadt. Slutligen pnevmoni. Mjältansvällning kunde ej konstateras på grund af ömheten, urinen innehöll spår af albumin. 5 % socker. Efter 14 dagar tillståndet oförändradt, ben och armar hårda och svullna, något mindre ömma. Död följande dag. Sektion nekades, men ett stycke ur biceps uttogs. Fläckvis fans under huden serös-varig vätska, intet var i biceps,

som var blekare än normalt och visade en betydlig interstitiel myosit med fläckvis hopade rundceller. Den interfibrillära bindväfven var ödematöst utvidgad, på tvärsnitt funnos mellan muskeltrådarna ljusa, runda luckor, omgifna af rundceller, i deras inre ett fint trådnät (koagulerad fibrin). På några få ställen extravaseradt blod. Tvärstrimmigheten var bibehållen, ingen degeneration af muskelsubstansen; kärlen voro starkt fylda. Inga mikrokokker, nervstammar normala.

15. SENATOR: 40-årig kraftig man. Frisk, tils han efter förtärandet af skadade kräftor började lida af mattighet, dålig matlust, sömnlöshet samt smärtor i rygg med styfhet i leder, gången blef besvärad liksom hvarje muskelansträngning. Symptomen ökades de följande 2—3 veckorna, då pat. vid undersökning befans vara feberfri, men lida af gastriska rubbningar och vaga smärtor i extremiteterna. Följande dag puls 90, syn- och hörselhallucinationer, häftiga smärtor i högra benet, i synnerhet i knätrakten. 4 dagar senare urin äggh vitehaltig, följande dag feber, smärtor i höger underarm, stark svettning samt oformlig ansvällning af de högra extremiteterna, 3 dagar senare erysipelas liknande rodnad å samma extremiteter, en tjock, öm sträng kunde palperas från det rodnade stället till armbågs- resp. knäleden. Följande dag ökning af rodnaden och svullnaden, de vänstra extremiteterna endast obetydligt svullna; bål och diafragmatrakt blefvo mycket ömma med försvårad andning, stark meteorism, smärtor vid sväljning; dagen därpå utbildad akut nefrit och följande dag puls 120, smärtor vid tal ande. Efter ytterligare 3 dagar ökad svullnad af de vänstra extremiteterna, tilltagande från periferien mot centrum, efter vidare 3 dagar minskades svullnaden å höger sida, men ökades å vänstra, och smärtor uppträdde i käklederna; dagen därpå försvann hudrodnaden, sedan minskades svullnaden i samma ordning den utbildats; spontana envisa smärtor kvarstodo i vänster sida, musklerna fortfarande ömma. Slutligen lindrig domning i högra tummen, och efter ett bad, 1 månad efter intagandet, klåda och urticaria. Sedan feberfri och slö, ehuru ännu någon tryckömhet och tyngdkänsla kvarstodo.

16. LEVY: 25-årig kvinna. Sjuknade med hosta, mattighet och aptitlöshet samt bronkit utan feber. Efter 1 vecka mycket medtagen, smärtor i fötterna, som blefvo något svullna, följande dag roseolaliknande exantem å båda underbenen jämte feber. Efter 14 dagar blefvo smärtorna häftigare och uppträdde å andra ställen, lifliga sådana i munnen och vid sväljning, munslemhinnan och tonsiller visade talrika ytliga ulcerationer, som dock läktes efter några dagar, då smärtorna försvunno. I stället uppträdde smärtor i bukmusklerna, bålen och skuldrorna jämte betydlig nattsvett, medan exantemet bleknade. Hastigt utvecklades en kolossal fast ansvällning af de smärtande delarna, i högra bukhalfvan kändes en fast, öm svulst. Den sjuka kunde ej röra sig; inre organ normala. Följande vecka ansvällning af ansiktet, i synnerhet ögonlocken och några dagar senare ömhet och ansvällning af vänster pectoralis major. Därpå under 8 dagar förbättring af smärtor och svullnad, men snart ökades dessa igen, och i synnerhet svälde höger

arm från skuldra till handens midt; alla rörelser ytterst smärtsamma, mindre i vänster arm, hufvud och hals fria, slutligen äfven båda benen från tår till ljumske, högra armen från fingertoppar till clavicula, vänstra armen i skuldertrakten och vänstra handryggen svullna; ryggen förblef fri. Under den följande månaden försvunno ödemen i det närmaste och kvarstodo endast i utbredningsområdet för högra n. ulnaris och vänstra n. radialis å händerna, samt å fotlederna; allmänna tillståndet blef godt, men pat. svettades ännu mycket. Ungefär 4 månader från början uppstod så plötsligt en purpura å underbenen och fötterna och fortfor under ständig växling af fläckarna under tvänne månader. 14 dagar efter detta utslags början blef pat. feberfri men klagade öfver domning i de nyss nämnda fingrarna, och efter ytterligare 14 dagar konstaterades utpräglad atrofi af högra hypotenar och vänstra tenar med partiel EAR, sensibiliteten något nedsatt å vänstra hålhanden motsvarande 4:de fingret; ständiga smärtor i de omnämnda fingrarna. Ännu 2 år efteråt var tillståndet oförändradt med tidtals uppträdande smärtor i de atrofiska delarna, smärtor, som först efter ytterligare 2 år tyckas hafva försvunnit.

17. LEVY: 65-årig kvinna, moder till förra pat. Hon började ungefär 1 1/2 månad efter dotterns insjuknande lida af dragande smärtor i benen; efter 1 vecka tillstötte vadkramp, och å vänstra vaden syntes en rodnad ansvällning, omgifven af en akneartad process under lindrig feber. Denna rodnad försvann snart, och pat. blef feberfri; men 10 dagar senare fick hon häftiga smärtor i lefvertrakten, bukbetäckningarna där blefvo ytterst ömma; förstoppning. 4 dagar senare kollaps, delirier, betydlig feber, buken mycket öm, och följande dag å utsidan af högra låret en utpräglad purpura och ansvällning af benets alla mjukdelar, skarpt begränsad mot omgifningen; samma dag purpura öfver alt å kroppen, vänstra benet svullnadt, öfriga kroppsdelar ej svullna; slemhinnor fria. Svullnaden kändes hård och var mycket öm. Småningom bleknade purpuran, men svullnaden å högra låret bredde ut sig längs utsidan till foten. Efter 1 vecka allmänna tillståndet rätt godt, men efter ytterligare 1 vecka och efter förutgångna kväljningar plötsligen blodig urin och svåra kräkningar; benen svullnade därpå altmera. Efter 3 veckor småningom förbättring, purpuran försvann, efter ytterligare 1 månad var all svullnad nästan försvunnen, men ännu 4 månader senare konstaterades lindrig svullnad af vadorna med ömhet. Efter ytterligare 4 månader pat. fullt kry. Aldrig mjälttumör.

18. LEVY: 70-årig man, man till förra pat., fick 1 vecka efter hennes insjuknande ett storfläckigt purpurautslag å benen utan smärtor, som försvann efter 8 dagar utan alla komplikationer, och förblef sedan frisk.

19. LEVY: 50-årig kvinna, kraftig, fet. Fick efter ett fall häftiga smärtor i högra malleolen med svullnad. Under gipsförband försvunno symptomen i det närmaste. 3 veckor senare häftiga smärtor i högra sidan af buken upp öfver refbenskanten; de nedre refbenen ömma,

följande dag där gnidningsljud, och dagen därpå kändes bukbetäckningarna fasta och styfva. En vecka senare gnidningsljud borta, men höger fot svullen utan feber, 2 dagar senare smärtor i högra benet och efter ytterligare 2 dagar hela högra benet oformligt svullet från höften till malleolen, mindre å foten; hela benet kändes fast och huden var spänd. Under de följande månaderna oregelbunden feber. En vecka efter högra benet svullnade äfven det vänstra på samma sätt. Kvarstående grop efter fingertryck endast å fötterna, som voro minst svullna; inga svåra smärtor; å båda underbenen framträdde något upphöjda, blåaktiga ringar motsvarande strumpbandsfårorna. Svullnaden utbredde sig upp öfver buken. Högra benet fritt rörligt, vänstra benet smärtade häftigt i knä- och höftleden vid rörelser. Tidvis häftiga svettutbrott. Efter 3 veckor blef svullnaden i höger vad mjukare, därpå äfven å låren, ehuru den ytterligare tilltagit, och småningom ökades mjukheten; efter något mer än $^{1}/_{2}$ år kunde pat. gå omkring, men ännu 1 år efter insjuknandet voro benen något svullna. Spår af ägghvita fans till en början på grund af en blåskatarr; febern försvann efter de 2 första månaderna.

20. HERZ: 19-årig kvinna. Frisk förut, sjuknade plötsligen i angina tonsillaris, följande dag smärtor i vänstra benet, som svullnade och rodnade dagen därpå. Följande dag vid inkomsten konstaterades hos den svagt byggda pat. angina, ansvällning af mjukdelarna å vänstra benet jämte cirkumskript ansvällning bakom vänstra malleolus internus längs förloppet af senan för m. tibialis post. Stark ömhet af alla benets muskler och smärtor vid aktiva och passiva rörelser; musklerna kändes fasta och svälda. Å vänstra benet 3 rodnade hudpartier: en flathandstor å vänstra lårets insida, skarpt begränsad, ett 15 cm. långt å underbenet, ett tredje mindre öfver ofvan nämnda sena; huden är här lindrigt ödematös, mycket öm och varm. I höger ben endast lindrig tryckömhet å vaden. Mjälte ej förstorad. Inga mikrokokker i med punkturspruta aspirerad väfnadssaft. Efter 1 dag feberfri och frisk efter 10 dagar.

21. HERZ: 20-årig kvinna. Sedan några dagar smärtor i ben och vänstersidigt håll. Vid inkomsten kraftigt bygd, 38°,7, inre organ normala, mjälte normal. Båda underben å framsidan erytematösa, å höger från underbenets midt till fotled, samt å fotryggen öfver senan för m. extensor hallucis, å vänster från handsbredd nedom patella till något ofvan fotleden. Huden här ödematös, öm för tryck och varm. Vadmuskler svullna utan ödem å huden, fasta, ömma, vid rörelser ej smärta men vid ansträngning. Vänstra ledgångarna normala, högra talokruralleden något sväld och smärtande vid rörelser. Efter 2 dagar feberfri, efter ytterligare 3 dagar nya smärtor, sedan man slutat med salic. natr., nytt erytem å vänstra fotryggen samt rodnad å högra underarmens sträcksida, hvars muskler blefvo ömma men ej voro svälda. Processen varierade under 3 veckor, men därefter försvunno symptomen utom lindrig ömhet å vadorna. Inga mikrokokker i aspirerad väfnadssaft.

22. BUSS: 22-årig man. Frisk tils han plötsligen sjuknade med vadsmärtor och smärtsam ansvällning af högra låret. Följande dag höger handled och underarm svullna. Detta ödem ökades under de följande dagarna. Vid inkomsten 5 dagar efter början konstaterades hos den kraftiga patienten fritt sensorium, diffus degig ansvällning å högra lårets fram- och utsida samt å högra underarmen till handen. Dessa delar ömmade för tryck, mest vid tryck å musklerna, lederna fria, smärtor vid passiva rörelser. Fläckig rodnad å de svullna delarna, morbilliliknande; liknande å bröst och buk. Halssmärtor och lindrig angina. Lindrig svettning. Följande dag smärtor i vänstra öfverarmen, armbågstrakten och i vänster lår, ansiktet, i synnerhet ögonlocken, något sväldt. Dagen därpå blodig afföring, höger handled mindre sväld, diffus ansvällning af vänster öfverarm och armbåge och följande dag hela vänstra armen sväld till handen, mest sträcksida, mest öfverarmen. Huden i densamma varm och diffust rodnad, degig; början ansvällning af vänster lår. Ny blodig afföring. Följande dag ökad smärta och ansvällning å vänster lår, utgjutning i vänstra knäleden, hjärtverksamhet hastig vid normal temperatur, urin normal. Dagen därpå svullnad äfven af vänster underben och ömhet, nya halssmärtor. Efter 2 dagar smärtor i högra örat och tinningtrakten, hela vänstra benet svullet, 37°,9, smärtor i munnen och hjärtklappning, dagen därpå minskad svullnad af vänster arm och ben, gulröda märken efter blödningar å öfverarmen, dagen därpå 128 pulsslag, 37°,1, stomatit, 3 dagar senare svår stomatit men under de följande 10 dagarna förbättring och 1 vecka senare konstaterades lindrig mjältförstoring. Frisk efter 6 veckors sjukdom.

23. SCHULTZE: 3-årig gosse. För 6 månader småningom oförmåga att gå och stå, händer användbara men svagare, kunde ej resa sig i sängen, hufvudet kunde ej höjas; genast i början svullnad af ansikte och fötter; sedan någon tid kliande utslag å armar och ben, smärtor vid tryck å dem, ringa afmagring. Vid intagningen atrofisk muskulatur, å hela huden torrt fjällande ekzem, intet ödem, inre organ normala. Kan ej resa sig, hufvudet faller slapt bakåt, inskränkt aktiv rörlighet af underben och fötter. Starkare passiva rörelser smärta, gående och stående omöjliga; leder fria, patellarreflexer finnas. Efter 1 vecka ekzemet ökadt, starkt ödem å händer och fötter, urin ägghvitefri. Huden å ansiktet förtjockad, fast, ögonlock rodnade. Efter 5 veckor försvann ekzemet, efter några månader ödemet å händer och fötter. Småningom äfven förbättring af rörelserna, sist återkom förmågan att stå. Elektriska retbarheten nedsatt å benen, normal å armar och ansikte. I excideradt muskelstycke ur vänstra musc. gastrocnemius konstaterades en begränsad interstitiel cell- och kärnproliferation, muskeltrådarna smalare, mestadels normala, enstaka vakuoler, någon gång korniga. Ungefär 21 månader efter sjukdomens början konstaterades utpräglad allmän muskelatrofi, intet ödem, gående och stående omöjliga, alla muskler dock aktift rörliga, lindrig kontraktur af vadmuskler och af böjare å låren. Elektriska retbarheten normal, patellarreflexer normala, ögon normala, sensibilitet normal.

Literatur.

1. C. BOECK. Et tilfälde af Polymyositis acuta med Udgang i Helbredelse. Norsk Mag. for Lägevidensk., 1891, s. 931.
2. BUSS. Ein Fall von acuter Dermatomyositis. Deutsche med. Wochenschr., 1894, s. 788.
3. DÉBOVE. Note sur un cas d'atrophie musculaire protopathique. Le Progrès méd., 1878, s. 856.
4. EICHHORST. Neuritis acuta progressiva. Virch. Arch., bd 69, s. 265.
5. EISENLOHR. Idiopatische subacute Muskellähmung und Atrophie. Centralbl. f. Nervenheilk., 1879, s. 100.
6. FENOGLIO. Deutsche med. Wochenschr., 1888, n:r 48.
7. FRAENKEL. Ueber eigenartig verlaufene septico-pyämische Erkrankungen nebst Bemerkungen über acute Dermatomyositis. Deutsche med Wochenschr., 1894, n:r 9—11.
8. FUCKEL. Ein Fall von Dermatomyositis acuta. Korresp. d. allg. ärztl. Vereins v. Thüringen, 1892, n:r 3.
9. GIESS. Myositis chronica. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie XI, s. 161.
10. GLUZINSKI. Przeglad lekarski, 1889, n:r 12.
11. GREENHOW. A case of acute muscular atrophy, Lancet, 1873, I, s. 665.
12. HEPP. Ueber Pseudotrichinose, eine besondere Form von acuter parenchymatöser Polymyositis. Berl. klin. Wochenschr., 1887, s. 297.
13. — — Ueber einen Fall von acuter parenchymatöser Myositis, welche Geschwülste bildete und Fluctuation vortäuschte, s. st. 1887, s. 389.
14. HERZ. Ueber gutartige Fälle von Dermatomyositis acuta. Deutsche med. Wochenschr., 1894, s. 790.
15. JACOBY. Subacute progressive Polymyositis. The journ. of nervous and ment. disease, 1888, s. 697.
16. KISSEL. Ein Fall von Polymyositis progressiva multiplex bei einem Kinde von 1 Jahre 7 Monaten Wratsch, 1893, n:r 32.
17. KUSSMAUL u. MAIER. Ueber eine bisher nicht beschriebene eigenthümliche Arterienerkrankung (Periarteritis nodosa), die mit morbus Brightii und rapid fortschreitender allgemeiner Muskellähmung einhergeht. Deutsch. Arch. f. klin. Med., I, s. 484.
18. LEVY. Zur Lehre von der primären acuten Polymyositis. Berl. klin. Wochenschr., 1893, s. 420.

19. LÖWENFELD. Ueber einen Fall von Polymyositis acuta, Münch. med. Wochenschr., 1890, s. 531.
20. MARCHAND. Breslau. ärztl. Zeitschr., 1880, s. 246.
21. PFEIFFER. Beiträge zur Kenntniss der pathogenen Gregarinen. Zeitschr. f. Hygiene, 1888, bd IV.
22. PLEHN. Ein neuer Fall von Polymyositis acuta mit Ausgang in Heilung. Deutsche med. Wochenschr., 1889, s. 227.
23. POTAIN. Morve chronique de forme anormale. L'Union médic. 1876, s. 269.
24. PRINZING. Ein Fall von Polymyositis acuta hæmorrhagica. Münch. med Wochenschr., 1890, s. 846.
25. ROVERE. Poliomiosito suppurativa in individuo diabetico. Rif. med. 1894, n:r 155. Ref. i Centralbl. f. innere Med., 1895, s. 71.
26. SCHULTZE. Ein Fall von »Dermatomyositis chronica» mit Ausgang in Muskelatrophie bei einem 3-jährigen Knaben. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., VI, s. 245.
27. SCHULZ. Sclerodermie, Morbus Addisonii und Muskelatrophie. Neurol. Centralbl., 1889, s. 345.
28. SCRIBA. Beitrag zur Aetiologie der Myositis acuta. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg, bd XXII.
29. SENATOR. Ueber multiple Neuritis und Myositis. Deutsche med. Wochenschr., 1888, n:r 23.
— — Ueber acute and subacute multiple Neuritis und Myositis. Zeitschr. f. klin. Med., XV, s. 61.
30. — — Ueber acute Polymyositis und Neuromyositis. Deutsche med. Wochensch., 1893, s. 933.
31. STRAUSS. Jaccoud Dictionnaire XXIII, s. 362, anf. efter WAGNER.
32. STRÜMPELL. Zur Kenntniss der primären acuten Polymyositis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., I, s. 479.
33. TRZEBINSKI. Przeglad lekarski 1889, n:r 18.
34. UNVERRICHT. Ueber eine eigenthümliche Form von akuter Muskelentzündung mit einem der Trichinose ähnelndem Krankheitsbilde. Münch. med. Wochenschr. 1887, s. 488.
— — Polymyositis acuta progressiva, Zeitschr. f. klin. Medic., XII, s. 533.
35. — — Dermatomyositis acuta. Deutsche med. Wochenschr., 1891, s. 41.
36. — — Artikel Polymyositis acuta. Eulenburgs Realenencyklopädie. Ergänzungsband V.
37. VIRCHOW. Ueber parenchymatöse Entzündung. Virch. Arch., bd IV.
38. WAGNER. Fall einer seltenen Muskelkrankheit. Archiv. d. Heilkunde 1863, IV, s. 282.
39. — — Ein Fall von acuter Polymyositis. Deutsche Arch. f. klin. Med., XL, s. 241.
40. WALDEYER. Ueber die Veränderungen der willkürlichen Muskeln bei der Entzündung und dem Typhusprocess sowie über die

Regeneration derselben nach Substanzdefekten. Virch. Arch., bd 34.
41. WÄTZOLDT. Beitrag zur Lehre von der Polymyositis acuta. Zeitschr. f. klin. Med., XXII.
42. ZENKER. Ueber die Veränderungen der willkürlichen Muskeln im Typhus abdominalis. Leipzig 1864.



Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

Forekomsten af Bändelorme hos Mennesket i Danmark.

Beretning om 100 nye Tilfälde.

Af

Professor, Dr. med. H. KRABBE
i Köbenhavn.

Siden jeg i 1887 i närvärende Tidsskrift (Bd 19, Nr 12) gav en Meddelelse om 300 Tilfälde af Bändelorme hos Mennesket i Danmark, har jeg efterhånden fået samlet 100 nye Tilfälde, om hvilke der i nedenstående Tabel gives närmere Beretning, idet jeg bringer min forbindligste Tak til de ärede Kolleger, som have tilsendt mig Ormene med tilhörende Oplysninger.

Tænia saginata (mediocanellata).

Löbenummer.	Patientens					Anvendte Midler.	Ormens Längde (Cm.).	Indsenderens Navn.	När afdreven.	Anmärkninger.
	Kön.	Stand.	Alder.	Födested.	Opholdssted.					
1	Mandkön	Födt udenfor Ägteskab	2	Langeland	Langeland	—	—	Röse	1893	—
2	›	—	4	København	København	—	—	F. Trier	1887	—
3	›	—	11	›	›	Extr. æth. rhiz. Fil.	500	›	1890	Hovedet medfulgte.
4	›	Sön af en Lygtetänder	›	›	›	›	—	›	›	—
5	›	Sön af et Bud	13	›	›	›	620	H. Krabbe	›	—
6	›	Sön af en Grosserer	›	›	›		—	Mygge	1893	Hovedet medfulgte.
7	›	Stud. artium	16	›	›	›	—	Halk	1888	—
8	›	—	17	—	Själland	›	—	A. Möller	1893	Hovedet medfulgte.
9	›	Student	18	Danmark	København	›	560	F. Trier	1888	—
10	›	Stud. med. et chir.	20	Jylland	›	›	650	›	›	Hovedet medfulgte.
11	›	Slagtersvend	›	—	Själland	Cort. rad. Gran.	—	A. Möller	1892	—
12	›	Sagförerfuldmägtig	22	Fyn	København	Extr. æth. rhiz. Fil.	780	J. Kier	1894	Hovedet medfulgte.
13	›	Forgyldersvend	23	København	›	›	—	F. Trier	1888	›
14	›	Sagförerfuldmägtig	›	Fyn	›	›	—	Mygge	1892	›
15	›	Slagtersvend	24	København	›	Cort. rad. Gran.	—	G. Larsen	1889	—
16	›	Hovmester	25	Möen	›	Extr. æth. rhiz. Fil.	820	F. Trier	1890	Hovedet medfulgte.

17	»	Grosserer	26	Köbenhavn	Köbenhavn	Extr. æth. rhiz. Fil.	930	F. TRIER	1887	Hovedet medfulgte.
18	»	Arbejdsmand	28	»	»	»	—	HALK	1890	»
19	»	Slagter	»	Rusland	»	»	190	STILHOFF	1894	—
20	»	Skrädder	29	Tyskland	»	—	340	F. TRIER	1887	Hovedet medfulgte.
21	»	Opvarter	»	Själland	»	»	—	»	1888	»
22	»	Mursvend	30	Köbenhavn	»	»	—	»	1891	—
23	»	Sömand	»	Bornholm	»	»	—	MYGGE	1893	Hovedet medfulgte.
24	»	Mursvend	31	Köbenhavn	»	»	740	V. BENDZ	1894	»
25	»	Arkitekt	32	Sverrig	»	»	815	F. TRIER	1889	»
26	»	Grosserer	»	—	»	»	430	»	1892	»
27	»	Cigarmager	33	Sverrig	»	»	560	»	1891	»
28	»	Handelsbetjänt	34	Köbenhavn	»	Kousso	185	V. LANGE	1887	»
29	»	Malersvend	—	—	»	—	—	V. BENDZ	1891	—
30	»	Fyrböder i Marinen	—	Själland	»	Extr. æth. rhiz. Fil.	—	C. SCHMIDT	1891	—
31	»	Murer	35	Tyskland	»	»	430	V. BENDZ	1890	—
32	»	Civilingeniör	38	Själland	»	»	185	F. TRIER	1888	Hovedet medfulgte.
33	»	Cand. pharm.	40	Danmark	»	»	560	HOFF	»	»
34	»	Läge	42	»	Själland	»	—	A. MÖLLER	1891	—
35	»	Arbejdsmand	49	»	Köbenhavn	»	—	MYGGE	1893	Hovedet medfulgte.
36	»	Opvarter	54	Köbenhavn	»	»	—	N. GRAM	1895	—
37	»	Fabrikant	57	»	»	»	900	F. TRIER	1891	Hovedet medfulgte.
38	»	Kunstmaler	68	»	»	»	715	BORBERG	1888	—
39	Kvindekön	Datter af en Arbejdsmand	13	»	»	»	600	F. TRIER	1890	Hovedet medfulgte.
40	»	Datter af en Murer	»	—	»	—	680	V. BENDZ	1892	—
41	»	Datter af en Sagförer	14	Själland	Själland	Extr. æth. rhiz. Fil.	—	DITLEVSEN	1890	—

Löbenummer.	Patientens					Anvendte Midler.	Ormens Längde (Cm.).	Indsenderens Navn.	Når afdreven.	Anmärkninger.
	Kön.	Stand.	Alder.	Födested.	Opholdssted.					
42	Kvindekön.	Tjänestepige	17	Köbenhavn	Köbenhavn	Extr. æth. rhiz. Fil.	840	F. TRIER	1889	Hovedet medfulgte.
43	»	»	19	Själland	»	—	—	»	1888	»
44	»	»	20	Jylland.	»	Extr. æth. rhiz. Fil.	—	»	1890	»
45	»	»	»	—	Själland	»	500	DITLEVSEN	1892	»
46	»	Fröken	»	Fyn	Köbenhavn	»	—	MYGGE	1895	»
47	»	Butiksjomfru	22	Köbenhavn	»	»	710	F. TRIER	1890	»
48	»	G. m. en Arbejder ved Porcellänsfabrik	»	»	»	»	980	V. BENDZ	1893	»
49	»	Tjänestepige	»	Sverrig	»	»	—	MYGGE	1895	»
50	»	»	23	Köbenhavn	»	—	620	F. TRIER	1887	—
51	»	Fröken	»	—	»	Extr. æth. rhiz. Fil.	—	HOFF	1890	—
52	»	Tjänestepige	»	Sverrig	»	»	420	MYGGE	1895	Hovedet medfulgte.
53	»	Husbestyrerinde, ugift	24	Lolland	»	—	280	F. TRIER	1888	—
54	»	G. m. en Slagtersvend	»	—	»	Cort. rad. Gran.	—	DUURLOO	1891	Hovedet medfulgte.
55	»	G. m. en Snedker	25	Jylland	»	Extr. æth. rhiz. Fil.	620	H. KRABBE	1888	»
56	»	G. m. en Arbejdsmand	»	Själland	»	»	220	F. TRIER	1889	»
57	»	Tjänestepige	»	Fyn	»	»	540	»	»	»
58	»	»	»	Köbenhavn	»	»	310	»	»	—

59	»	G. m. en Farver	»	Fyn	»	»	650	»	1890	Hovedet medfulgte.
60	»	Tjänestepige	26	Jylland	»	»	560	»	1888	—
61	»	Gift	»	Langeland	Langeland	»	420	Röse	1892	—
62	»	Fröken	28	Köbenhavn	Köbenhavn	»	—	Halk	1888	Hovedet medfulgte.
63	»	Gift	»	Danmark	»	»	490	H. Mygind	1892	»
64	»	Kokkepige	»	»	»	»	250	N. Gram	1894	—
65	»	Tjänestepige	29	Köbenhavn	»	»	—	F. Trier	1890	—
66	»	»	»	Jylland	Jylland	»	190	H. Kjær	1894	—
67	»	G. m. en Skrädder-svend	30	—	Köbenhavn	Cort. rad. Gran.	»	J. Trier	1887	—
68	»	G. m. en Bödker-svend	»	Själland	»	Extr. æth. rhiz. Fil.	—	Mygge	1894	Hovedet medfulgte.
69	»	G. m. en Smed	31	Köbenhavn	»	»	740	F. Trier	1888	»
70	»	G. m. en Sömine-arbejder	»	Jylland	»	»	—	Halk	1890	—
71	»	Tjänestepige	32	Danmark	»	»	490	Stilhoff	1894	—
72	»	G. m. en Skovfoged	33	Tyskland	Fyn	Pilulæ c. Tæn.	—	Thal Jantzen	1891	Hovedet medfulgte.
73	»	G. m. en Tilskärer	»	Sverrig	Köbenhavn	—	—	Halk	»	—
74	»	G. m. en Brandmand	34	Jylland	»	Extr. æth. rhiz. Fil.	—	»	1889	Hovedet medfulgte.
75	»	G. m. en Snedker	35	Danmark	Själland	»	430	Ditlevsen	1888	—
76	»	Cigararbejderske	»	Sverrig	Köbenhavn	»	—	Mygge	1893	Hovedet medfulgte.
77	»	G. m. en Detalj-handler	36	Själland	»	»	270	F. Trier	1887	»
78	»	G. m. en Proprietär	38	Danmark	Själland	»	490	A. Möller	1894	—
79	»	Gift	40	Köbenhavn	Köbenhavn	»	—	Halk	1888	Hovedet medfulgte.
80	»	G. m. en Vognmand	42	Själland	Själland	»	—	»	1895	—

Löbenummer.	Patientens					Anvendte Midler.	Ormens Längde (Cm.).	Indsenderens Navn.	Når afdreven.	Anmärkninger.
	Kön.	Stand.	Alder.	Födested.	Opholdssted.					
81	Kvindekön	G. m. en Smed	45	Fyn	Fyn	Extr. æth. rhiz. Fil.	—	THAL JANTZEN	1893	Hovedet medfulgte.
82	»	Kokkepige	47	Själland	Köbenhavn	»	390	F. TRIER	1888	»
83	»	Tjänestepige	48	Köbenhavn	»	»	120	N. GRAM	1894	—
84	»	G. m. en Gårdmand	49	Langeland	Langeland	»	360	RÖSE	1892	—
85	»	Husholderske, ugift	50	»	»	»	870	»	1895	—
86	»	Enke efter en Viktualiehandler	53	—	Köbenhavn	—	—	HALK	1894	Hovedet medfulgte.
87	»	G. m. en Boghandler	59	Ärö	Ärö	—	310	KROMANN	1895	»
88	»	Pige	—	—	Jylland	—	—	H. JÖRGENSEN	1887	—
89	»	G. m. en Bogholder	—	Köbenhavn	Köbenhavn	Extr. æth. rhiz. Fil.	620	F. TRIER	1890	Hovedet medfulgte.

Tænia cucumerina (elliptica).

1	Mandkön	—	$^{3}/_{12}$	Jylland	Jylland	—	—	C. GAD	1890	—
2	»	Sön af en Kusk	$^{4}/_{12}$	Köbenhavn	Köbenhavn	—	—	H. BERG	1893	—
3	Kvindekön	—	4	—	»	—	—	HIRSCHSPRUNG	1889	—

4	—	Barn af en Skomager	omtr. 4/12	Själland	Själland	—	—	DITLEVSEN	1888	—
5	—	—	7/12	—	København	—	—	O. STORCH	1891	—
6	—	Barn af en Arbejdsmand	11/12	Fyn	Fyn	—	—	THAL JANTZEN	1894	3 Orme.

Bothriocephalus latus.

1	Mandkön	Matros	—	Finland	København	Extr. æth. rhiz. Fil.	—	REISZ	1887	Hovedet medfulgte.
2	Kvindekön	Bonne	20	Tyskland	»	»	—	MYGGE	1895	4 Orme, alle med Hoved. Pat. har väret i Finland.
3	»	G. m. en Skipper	33	Finland	»	»	490	HOWITZ	1890	—
4	»	Tjänestepige	48	København	»	»	500	S. PAULLI	1894	—
5	»	G. m. en Fabrikant	50	Danmark	Själland	»	810	BRODERSEN	1887	Hovedet medfulgte. Pat. har i 1886 og 1887 väret i Svejts.

Sammenstilles oven anförte 100 Tilfälde af Bändelorme med de 300, som tidligere ere meddelte, efter de Tidsperioder, i hvilke de ere forekomne, bliver Resultatet fölgende:

Tab. I.

	T. saginata.	T. solium.	T. cucumerina.	Bothr. latus.
För 1869	37	53	1	9
1869—80	67	19	4	11 [1])
1880—87	86	5	4	5
1887—95	89	—	6	5
Tilsammen	279	77	15	30

Fordelingen af Tilfäldene i og udenfor Köbenhavn, for så vidt angår T. saginata og T. solium, var fölgende:

Tab. II.

	T. saginata.		T. solium.	
	I Kbhvn.	Udenfor Kbkvn.	I Kbhvn.	Udenfor Kbhvn.
För 1869	14	16	16	27
1869—80	44	23	13	6
1880—87	70	15	5	—
1887—95	72	17	—	—
Tilsammen	200	71	34	33

Efter Patienternes Kön, for så vidt der foreligger Oplysning derom, vare de enkelte Arter af Bändelorme således fordelte:

Tab. III.

	T. saginata.	T. solium.	T. cucumerina.	Bothr. latus.
Mandkön	97	17	8	4
Kvindekön	175	37	3	26
Tilsammen	272	54	11	30

På de forskellige Aldersklasser vare Tilfäldene således fordelte:

---

[1]) Hos en Patient forekom samtidig T. solium og Bothr. latus.

Tab. IV.

	T. saginata.	T. solium.	T. cucumerina.	Bothr. latus.
Under 1 År	—	—	14	—
Fra 1 til 10 År	13	7	1	—
» 10 » 20 »	26	5	—	—
» 20 » 30 »	114	15	—	11
» 30 » 40 »	58	15	—	7
» 40 » 50 »	29	4	—	6
» 50 » 60 »	20	2	—	1
» 60 » 70 »	5	—	—	2
Tilsammen	265	48	15	27

Hos de to Kön vare T. saginata og T. solium efter Aldersklasserne fordelte således:

Tab. V.

	T. saginata.		T. solium.	
	Mandkön.	Kvindekön.	Mandkön.	Kvindekön.
Fra 1 til 10 År	7	6	4	3
» 10 » 20 »	13	13	2	4
» 20 » 30 »	35	79	2	12
» 30 » 40 »	28	29	5	9
» 40 » 50 »	7	22	—	4
» 50 » 60 »	4	16	2	2
» 60 » 70 »	2	3	—	—
Tilsammen	96	168	15	34

Som det vil ses af ovenstående Tab. I, er den siden 1869 stedfundne Aftagen i Hyppighed af T. solium vedbleven, så at der endog efter 1887 ikke forekom et eneste Tilfälde deraf, og Tab. II viser, at dette gälder så vel i som udenfor København.[1]) Skönt det foreliggende Materiale ikke giver nogen Oplysning om, hvor hyppig Bändelorme forekomme hos Befolkningen, kan der dog ikke väre Tvivl om, at T. solium er bleven själdnere, hvorimod det ikke kan afgöres, om T. saginata samtidig er bleven hyppigere. Også andensteds har man iagttaget den samme Forandring i Forekomsten af T. solium

[1]) Af de sidste 100 Tilfälde af Bändelorm ere 79 behandlede i København og deraf 43 på Kommunehospitalets 3dje Afdeling, nemlig (indtil 1892) 33 af Prof. F. Trier og (efter 1892) 10 af Dr. Mygge.

og fundet den naturlige Forklaring heraf deri, at Frygten for Trikinerne har medfört en större Forsigtighed lige over for Svineköd, medens dette ikke har väret Tilfäldet med Hensyn til Oxeköd, hvis Tinter tilmed have väret mindre almindelig bekendte og mindre påagtede. Det omtales således af C. VOGT [1]) 1878, at T. solium i de senere År var bleven själdnere i Genf, af LEUCKART [2]) 1886 i Leipzig og andensteds i Tyskland, og af F. C. KIÆR [3]) 1889 i Norge.

Det er i så Henseende af Interesse at se, hvilke Resultater Ködbesigtigelsen har givet med Hensyn til Forekomsten af Tinter hos Svinet og hos Oxen.

Dyrlägerne ved Köbenhavns offentlige Slagtehuse have derom godhedsfuldt meddelt fölgende Oplysninger: Af Tinter hos Svinet er der siden 1 Januar 1888 ved Besigtigelsen på Slagtehusene af 1 344 296 slagtede Svin kun fundet ét Tilfälde, nemlig i Foråret 1894, da et dansk fra Själland tilfört slagtet Svin viste sig i overordentlig höj Grad befängt med Tinter, et Bevis for, at T. solium hos Mennesket dog endnu forekommer her i Landet, om end själden.

Skönt det allerede for mere end 30 År siden var blevet experimentelt påvist, at Äggene af T. saginata udvikle sig til Tinter hos Oxen, var det dog i en längere Årräkke själdent, at man, bortset fra Fodringsforsög, fandt Tinter i Oxeköd. Men efter at man ved det offentlige Slagtehus i Berlin for omtrent 8 År siden var bleven opmärksom på, at Tinterne, når de vare tilstede, fortrinsvis forekom i Tyggemusklerne, indförte Slagtehusets Direktör HERTWIG en regelmässig Undersögelse af den indvendige Vingemuskel (*m. pterygoideus internus*) hos det slagtede Kväg, og det har efter den Tid vist sig, at Oxetinter ingenlunde forekomme så ganske själden. En sådan Undersögelse er også bleven indfört ved Köbenhavns offentlige Slagtehuse, og Antallet af de Kväghöveder, som siden 1890 dersteds ere fundne befängte med Tinter, har väret fölgende:

---

[1]) C. VOGT: Die Herkunft der Eingeweidewürmer des Menschen. Basel, Genf, Lyon 1878, S. 16.

[2]) R. LEUCKART: Die Parasiten des Menschen, Bd 1, Abth. 1, Aufl. 2. Leipzig u. Heidelberg 1879—86, S. 670.

[3]) F. C. KIÆR: Bändelorm hos Mennesker i Norge. I »Tidsskrift for praktisk Medicin». Kristiania 1889.

1890:	15	af	29 629	slagtede	Stkr.	Kvåg,
1891:	18	»	28 897	»		»
1892:	33	»	31 766	»		»
1893:	51	»	41 950	»		»
1894:	133	»	37 078	»		»
1895:	95	»	33 961	»		»

Der er dog ingen Grund til at antage, at den stärke Stigen af Tallene i Årene 1890—94 skulde betegne en tiltagende Hyppighed af Tintens Forekomst. Om den mulig hidrörer fra, at Undersögerne efterhånden have opnået större Övelse i at finde Tinterne, eller om den beror på andre Årsager, må stå hen. For övrigt vare Tinterne meget hyppig döde og i en mere eller mindre oplöst Tilstand og for så vidt uskadelige; kun i omtrent $\frac{1}{4}$ af Tilfäldene vare de friske og levende.

Da de med Tinter befängte Dyrs Köd bliver kasseret som Menneskeföde, når der blot findes en eneste levende Tinte eller de, når de ere döde, findes i större Antal, tör det antages, at Ködkontrollen vil bidrage til, at Oxetinten og dens Bändelorm, T. saginata, hos Mennesket efterhånden vil blive själdnere.

Af Tab. III fremgår det, at Oxetintens og Svinetintens Bändelorm forekom omtrent dobbelt så hyppig hos Kvindekönnet som hos Mandkönnet, en naturlig Fölge af, at det fortrinsvis er Kvinderne, som ved Madlavningen ere udsatte for Infektionen ved at sysle med det rå Köd. Bothriocephalus latus forekom endog meget hyppigere hos Kvinder, og den samme Forklaring må også gälde her, da man nu véd, at Infektionen sker på lignende Måde ved rå Fisk (Gedder o. a. Ferskvandsfisk). Af de 5 siden 1887 iagttagne Tilfälde af B. latus er der kun et, hvor Infektionen må have fundet Sted her i Landet, nemlig hos en Tjänestepige i Köbenhavn, der aldrig havde väret udenfor Danmark; hun havde for övrigt heller aldrig väret i Egnen ved Sorö, hvor tidligere flere Tilfälde af denne Bändelorm ere iagttagne. Af T. cucumerina foreligger der for få Tilfälde, i hvilke der haves Oplysning om Patientens Kön, til at deraf kan drages nogen Slutning; men da den nästen kun forekommer hos Pattebörn og Infektionen sker fra parasitiske Insekter hos Hunden (og formodentlig også Katten), er der ingen Grund til at antage, at Könnet skulde afgive nogen särlig Disposition.

Tab. IV viser, at T. saginata, T. solium og Bothr. latus forekom hyppigst i Alderklasserne mellem 20 og 40 År, isär

mellem 20 og 30 År. Navnlig viser T. saginata, hvoraf det störste Antal Tilfälde foreligger, en regelmässig Tiltagen mod 20—30 Års Alderen og derefter igen en stadig Nedgang. I det förste Leveår og efter det 70de År ere ingen Tilfälde iagttagne. I Modsätning hertil forekommer T. cucumerina netop fortrinsvis i det förste År; kun ét Tilfälde iagttoges hos et 4-årigt Pigebarn, meddelt af Prof. HIRSCHSPRUNG 1889.

Af Tab. V fremgår det, at den overvejende Hyppighed af T. saginata og T. solium hos Kvindekönnet först fremtrådte efter det 20de År. Af Bothr. latus iagttoges intet Tilfälde för denne Alder; men dette kan ikke forundre, da Patienternes Antal ikke er ret stort og de fleste have pådraget sig Bändelormen i Udlandet.

Medens der af T. solium ikke själden forekom flere (indtil 10) Exemplarer hos samme Individ, iagttoges dette aldrig ved T. saginata. T. cucumerina, der hos Hunden ikke själden findes i stort Antal, endog i hundredevis, forekom også hos Börnene oftere i flere end ét Exemplar. Af Bothr. latus var der oftere flere (indtil 14) Exemplarer hos samme Patient.

Den störste forefundne Längde var af T. saginata 980 Cm., T. solium 400 Cm., Bothr. latus 980 Cm. T. cucumerina, der hos Hunden og Katten sädvanlig har en Längde af 20—30 Cm., erholdtes fra Börnene som oftest kun i Brudstykker.

Det Middel, som i de senere År hyppigst har väret anvendt ved Behandlingen, er extr. æth. rhiz. Fil. På Kommunehospitalets 3dje Afdeling anvendtes det i Årene 1880—87 38 Gange, og i 24 af disse Tilfälde fandtes Hovedet afgået; efter 1887 har Resultatet väret endnu gunstigere, idet Hovedet fandtes afgået i 33 af 42 således behandlede Tilfälde.

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

Nordisk medicinsk literatur från 1896.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: J. W. HULTKRANTZ: Om svenskarnes kroppslängd. — MORDHORST: Bidrag til Urinsyrens Kemi.

J. V. HULTKRANTZ: **Om svenskarnes kroppslängd.** Ymer, 1896, s. 5.

Förf. har sökt statistiskt bearbeta det material, som under de senare åren samlats i vårt land, för att därur framdraga en så vidt möjligt korrekt siffra för svenskarnes kroppslängd samt att undersöka, om några olikheter i längden kunna spåras inom olika trakter af landet.

Det material, som stått till förf:s förfogande, har utgjorts af de tabellariska uppgifter öfver värnpliktiges längd, som från 1887 till 1894 insändts till landtförsvarsdepartementets kommandoexpedition från vårt lands 31 inskrifningsområden, och hvaruti upptagas samtliga vid mönstringarna instälda värnpliktige. Tabellerna omfatta öfver 230,000 21-åringar. Uti siffrorna ingå samtliga inskrifningsområden i proportion till sin befolkning. Lapparne ingå åter ej, och med stöd af befintliga statistiska uppgifter har förf. sökt att med tillräcklig noggranhet beräkna inverkan af den felkälla, som införts därigenom, att af hit hörande åldersklass ett ej obetydligt antal män af något större medellängd redan varit anstälda vid armén.

Det aritmetiska medeltal för kroppslängden, som framgått ur detta material är 1,6951 meter, och med tillägg af GOULDs siffra af 10 mm. för approximativ beräkning af den, för skandinaver gällande tillväxten från 21 år till den tidpunkt, då längdtillväxten upphör, får förf. siffran 1,7051 såsom uttryck i meter för fullvuxna svenskars medellängd. Det af ARBO påpekade förhållandet, att svenskars medellängd jämnt tilltagit från 1841—70, har föranledt förf. att för beräkningar af dylik art använda sitt material, och har han funnit, att medellängden 1894 var omkr. ½ cm. större än år 1887.

Enligt den skala, som följes inom antropologien, däri som storväxta räknas de individer, som hålla en längd af 1,70 m. och däröfver, som småväxta åter de som understiga 1,62 m. och som medelstora de med mellanliggande mått, är nära halfva antalet (49,6 %) af Sveriges 21-åringar stora, endast $\frac{1}{10}$ (10,4 %) små. Sveriges resligaste befolkning återfinnes i Gefleborgs, Jämtlands och Vesternorrlands län samt i

och omkring Stockholm och Göteborg. De mest småväxte finnas å ena sidan i nordligaste Sverige, Norrbotten och Vesterbotten, å andra sidan i sydligaste och sydöstra delen af riket längs kusten upp till Östergötland samt i östra Vestmanland, västra Uppland jämte södra Dalarne. Jämförelsevis långa äro männen i Upland och Södermanland samt Värmland, Bohuslän och Elfsborgs län. Uti Dalarne, Halland och det inre af Småland är kroppslängden relatift liten. Gottländingarne höra till de storväxte.

Förf. har äfven funnit en viss öfverensstämmelse råda mellan de funna värdena för kroppslängden och vissa uppgifter i vårt lands militära samt befolkningsstatistik, såsom kassationsprocenten vid beväringsmönstringarna, nativitet, procenttalet dödfödda samt barnadödligheten, gående därpå ut att större medellängd skulle kunna tänkas vara uttryck af större fysisk kraft hos befolkningen.

Till slut går förf. in på frågan, huruvida någon förklaring kan gifvas på denna funna olikhet i längd hos befolkningen inom olika trakter af Sverige. Uti de yttre lefnadsomständigheterna har man förgäfves att söka tillfredsställande förklaring, åter uti rena etnologiska moment har man bättre förklaringsgrunder. Så ser han uti den fortgående inblandningen och sammansmältningen med relatift kortväxta stammar i nordligaste Sverige en ganska plausibel orsak till den här rådande låga kroppslängden. Hvad södra och mellersta Sverige angår, tänker han sig förklaringen till det här rådande lägre medelvärdet uti möjligheten af en rasblandning redan från förhistorisk tid, en blandning af tvänne eller flere element, som på olika trakter i olika proportion bibehållit sig till våra dagar.

Uti texten framställes grafiskt den proportion, hvari de olika längderna af samtliga uppmätta personer äro representerade m. m.

Alb. Lindström.

MORDHORST: **Bidrag til Urinsyrens Kemi.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 305 og 329.

Indeholder dels Polemik med E. PFEIFFER, dels Betragtninger over Urinsyrens Kemi, der ikke give noget väsentligt Bidrag til dennes Forståelse og på forskellige Punkter ere meget dunkle, og ender, som Forf:s övrige Publikationer, med Anbefaling af det under hans Ägide fabrikerede »Wiesbadener Gichtwasser».

F. Levison.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

SCHMIEGELOW: Bidrag til Dövstumhedens patologiske Anatomi. — JACOBÆUS: Om Forandringer i Rygmarven og dens Hinder ved tuberkulös meningitis. — K. PETRÉN: Bidrag till kännedomen om ryggmärgsförändringar vid perniciös anemi.

SCHMIEGELOW: **Bidrag til Dövstumhedens patologiske Anatomi.** Ugeskrift f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 560. Med Diskussion. Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 53.

Ved Undersögelsen af et Par Tindingeben af en 20-årig dövstum Pige fandtes Endeapparatet af ramus cochlearis fra Gangliecellerne og ud til det Cortiske Organ degenereret. Basalvindingen af scala tympani og en mindre Del af scala vestibuli var udfyldt med en Bindevävsmasse; ingen Atrofi af N. acusticus. — Forf. mener, at Lidelsen er postfötal, opstået efter cerebrospinalmeningitis.

Dr. MYGIND antager det for sandsynligt, at Betändelsen har forplantet sig gennem aquæductus vestibuli.

S. Borch.

JACOBÆUS: **Om Forandringer i Rygmarven og dens Hinder ved tuberkulös meningitis.** Det köbenhavnske medic. Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 65.

I et Tilfälde af meningitis tuberculosa cerebrospinalis fandtes Exsudatet betydeligst i pars lumbalis, og der var her en Del Svind af Nervetrådene i medulla. I pars cervicalis var Exsudatet mindre rigeligt, men Forandringerne i Rygmarven stärkest fremträdende, idet der her fandtes en perifer Zone, hvor overhovedet ingen marvholdige Nervetråde vare bevarede, medens de i den centrale Del vare velbevarede, ligesom også Cellerne i Forhornene og de dervärende fine Nervenät vare intakte. Ringe Grad af Hydromyeli.

S. Borch.

K. PETRÉN: **Bidrag till kännedomen om ryggmärgsförändringar vid perniciös anemi.** Med 2 taflor. Nord. med. arkiv, 1896, n:r 7.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1896, n:r 10, s. 3.

SCHMIEGELOW: **Bidrag til Patogenesen af den så kaldte sorte Tunge.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 529. Det köbenhavnske medic. Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 55.

Forf. har i to typiske Tilfälde af »sort Tunge» isoleret tre kromogene Svampe: Trichosporum chartaceum, Oospora ruberrima, Hormodendron cladosporoides; antager, at Lidelsen sandsynligvis er af parasitär Natur. *S. Borch.*

Speciel patologi och terapi: OTTO G. WETTERSTRAND: Om behandling af kronisk morfin-, opium-, kokain- och kloralintoxikation med hypnos och suggestion. — P. D. KOCH: Et Tilfälde af Epilepsi, behandlet med Trepanation. — KNUD FABER: De anämiske Tilstande og Behandlingen af disse efter deres Natur. — FLÖYSTRUP: Vore sädvanlige akute Infektionssygdommes Komplikationer, Fölgesygdomme og disses Patogenese. — F. LEVISON: Om Depressionstilstandes Forhold til Urinsyre. — AXEL ULRIK: Kontagiöse Tilfälde af epidemisk Gulsot. — CARL OTTO: Lidt om erysipelas laryngis. — N. KULNEFF: Primät septikemi och s. k. cellig pnevmoni. — JOHAN A. ANDERSSON: Ett fall af myxödem, behandladt med »thyreoidea tabletter».

OTTO G. WETTERSTRAND: **Om behandling af kronisk morfin-, opium-, kokain- och kloralintoxikation med hypnos och suggestion.** Hygiea 1896, I, s. 363.

Förf. har sedan 1887 behandlat 51 fall af ofvan nämnda intoxikationssjukdomar. Af dessa hafva 41 fall varit morfinism, af hvilka 3 recidiverat, 5 afbröto behandlingen och 2 aflidit; de återstående 31 äro fortfarande friska. Endast 3 hade användt morfinet invärtes, de öfriga subkutant. Morfinism och alkoholism förekom i ett fall, som botades; morfinism och kokainism i 3 fall, af hvilka 1 afled, 1 afbröt behandlingen, 1 blef frisk; kokainism enbart förekom i ett fall, som blef botadt; opium invärtes hade missbrukats i 4 fall, af hvilka 1 fick recidiv, 3 botades; kloralism förekom i ett fall, som blef friskt. Dessutom meddelas 3 fall, hos hvilka morfinbegäret fans, men de kommo så tidigt under behandling, att såväl detta begär kunde undertryckas som de sjukliga symptomen kunde botas, resp. lindras.

Edgren.

P. D. KOCH: **Et Tilfälde af Epilepsi, behandlet med Trepanation.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 385.

En 35-årig, gift Kvinde fik, da hun var omtr. 10 År gammel, et alvorligt trauma af Hovedet, hvorefter hun var rask til sit 14de År, da hun begyndte at lide af Krampeanfald. Efter hendes Giftermål i hendes 24de År og en Födsel Året efter bleve disse Anfald hyppigere og stärkere, og der udviklede sig en tiltagende Slövhed, som gjorde hende fuldkommen arbejdsudygtig. Der var tillige en let Sväkkelse af venstre Hånd. Krampeanfaldene vare uden nogen bestemt Type. Den anvendte Behandling havde intet nyttet. Ved Undersögelsen fandtes en Depression i Kraniet af godt 2 Cm:s Udsträkning, som var beliggende 13 Cm. over Spidsen af h. proc. mast. og lige ved Midten af en Linie fra Näseroden til protuberantia occipitalis. Da Forsög med Brombehandling ikke havde nogen som helst Virkning, fjärnedes det deprimerede Parti ved Trepanation (Dr. JENS SCHOU); men så vel Indsiden af det deprimerede Parti som Hjärnens Hinder og den underliggende Del af denne selv viste sig normale. Heller ikke ved Punktur i Hjärnens Substans fandtes noget abnormt. Såret helede reaktionslöst.

Krampeanfaldene vare derefter lige så hyppige som för, men mindre häftige, og Slövheden aftog ganske betydeligt. I de följende fire Måneder aftoge Anfaldene overordentligt i Hyppighed (indtil $\frac{1}{20}$ af, hvad det var för Operationen), og Bedringen af den åndelige Tilstand har holdt sig.

I Tilslutning til dette Tilfälde har Forf. samlet 9 andre fra den skandinaviske Literatur. Af disse er 1 helbredet, måske 2; 3 ere bedrede, Resten upåvirkede af Operationen. Med Hensyn til Indikationerne for Trepanationen udtaler Forf. herefter sin Overensstemmelse med EULENBURG, som i Modsätning til andre Forfattere hävder, at Spörgsmålet om Operation må afgöres for hvert enkelt Tilfälde efter en grundig Prövelse af alle foreliggende Omständigheder og uden Hensyn til, om Epilepsien er »travmatisk» eller »partiel». I de fleste Tilfälde vil det kun ved Operationen väre muligt at afgöre, om der findes palpable Forandringer af Kraniet eller Hjärnen, som kunne antages at väre Årsag til Epilepsien og ved deres Fjärnelse muligt bevirke dennes Helbredelse. Selv hvor dette ikke er Tilfäldet, ser man undertiden, som hos Forf:s Patient, en gunstig Virkning af Operationen.

P. D. Koch.

KNUD FABER: **De anämiske Tilstande og Behandlingen af disse efter deres Natur.** Konkurrenceafhandling. Köbenhavn 1896.

Konkurrenceafhandling, skreven og trykt i 28 Dage; behandler de anämiske Tilstande fra moderne Synspunkter.

F. Levison.

FLÖYSTRUP: **Vore sädvanlige akute Infektionssygdommes Komplikationer, Fölgesygdomme og disses Patogenese.** Konkurrenceafhandling. Köbenhavn 1896.

Konkurrenceafhandling skreven og trykt på 28 Dage; behandler Spörgsmålet väsentlig fra klinisk Standpunkt.

F. Levison.

F. LEVISON: **Om Depressionstilstandes Forhold til Urinsyre.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 353.

I Anledning af C. LANGEs tidligere refererede »Periodiske Depressionstilstande» hävder LEVISON, at der ikke er fört noget Bevis for, at et Overskud af Urinsyre i Blodet fremkalder Depression. Han viser ved at anföre Forsög på Dyr og Mennesker, der ere udförte af KÜHNAU, UMBER, WEINTRAUD, EBSTEIN og NICOLAIER, at Urinsyren ikke har nogen toxisk Virkning, og at man experimentelt kan fremkalde en meget betydelig Hyperproduktion af Urinsyre eller indföre Urinsyre i Oplösning eller Opslemming i Blodet, uden at der herved fremkaldes nogen Forandring af Almenbefindendet. Også Klinikerne have i de senere År i stedse större Antal forladt Teorien om Urinsyrens toxiske Virkning, og med särligt Hensyn på Depressionstilstande er det kun HAIG og F. LANGE, som har adopteret C. LANGEs Opfattelse af denne. HAIG tillägger imidlertid Urinsyren så mange og så ubeviste Egenskaber, at hans Tilslutning ikke afgiver nogen Stötte, og F. LANGEs

smukt beskrevne Tilfälde lade sig ikke godt forklare som en Avtointoxikation, men må efter LEVISONs Mening forklares ved en Reflex fra de ved Urinsyreudfäldning irriterede Nyrer, da Lidelsen hävedes ved få Dages Behandling med alkaliske Midler på samme Måde, som man kan se Reflexnevralgier fra Nyrerne svinde ved lignende Behandling.

Medens LEVISON således stiller sig afvisende lige over for Teorien om, at den i Blodet cirkulerende Urinsyre kan indvirke på Centralnervesystemet og fremkalde abnorm Funktion af dette, har han iagttaget adskillige Tilfälde, i hvilke Udfäldning af Grus i Nyrerne ledsagedes af udpräget depressive Tilstande. Han meddeler 4 Sygehistorier: de 2 angå voxne, de 2 Börn i 8 og 9 Års Alderen. Karakteristisk for alle Tilfäldene er, at der utvivlsomt var Udfäldning af Urinsyrekrystaller i Nyrerne tilstede, og at den derved fremkaldte Nyreirritation havde givet Anledning til andre Nervesymptomer foruden Depressionen, samt at Behandlingen med alkaliske Midler virkede lige så prompt og sikkert mod Depressionen som mod de andre Symptomer. Et af Börnene led således af pavor nocturnus, som hävedes ved Behandlingen, men gentagne Gange atter indfandt sig, når Behandlingen hörte op.

F. Levison.

AXEL ULRIK: **Kontagiöse Tilfälde af epidemisk Gulsot.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 265.

Forf. beretter 3 Tilfälde af kontagiös icterus hos Småpiger, 7, 8 og 10 År gamle. Symptomerne vare hos dem alle Appetitlöshed, Kvalme, Bräkning, Feber og, når Feberen aftog, icterus, der kun vedvarede få Dage. To af Börnene havde besögt samme Skoleklasse, det tredje havde haft dagligt Samkvem med det först angrebne Barn; blandt de voxne Medlemmer af de 3 Familjer angrebes ingen.

Forf. omtaler, at små Epidemier af kontagiös icterus ikke ere själdne i Danmark og findes omtalte i hvert Års Medicinalberetning; som oftest ere Tilfäldene lette; men sväre Tilfälde og endog uväntede Dödsfald kunne af og til opträde. *F. Levison.*

CARL OTTO: **Lidt om erysipelas laryngis.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 200.

En 37-årig Mand indlagdes på Kommunehospitalet med stärke laryngostenotiske Tilfälde; efter Trakeotomi kortvarig Bedring, idet Respirationen blev fri; Feberen steg atter höjt, Temp. blev 41,2, og Döden indtrådte efter gentagne Attaker af kloniske Kramper. Ved Sektionen fandtes ödematös Infiltration på plicæ aryepiglotticæ, sträkkende sig ud i sinus pyriformis og ned på bageste Farynxväg. Affektionen strakte sig ud i Muskulaturen, der var infiltreret med grålig, plumret Väske og i hvilken fandtes enkelte hampefröstore Absceshuler, fyldte med tykt, gult pus. Brusken overalt uskadt. Pusset indeholdt Stafylokokker men ingen Streptokokker.

Forf. tyder den beskrevne Lidelse som erysipelas laryngis og knytter til denne Sygehistorie en Fremstilling af denne Affektions Patogenese, Symptomatologi og Behandling.

F. Levison.

N. KULNEFF: **Primär septikemi och s. k. cellig pnevmoni.** Hygiea 1896, I, s. 278.

Förf. redogör för tvänne fall, hvilka benämnas primär septikemi. I det ena fallet, som slutade dödligt, varade sjukdomsförloppet omkring 9 månader, börjande med dyspepsi och obstipation, därefter enteritis membranacea, reumatoid värk, oregelbunden feber, status tyfosus, tecken på inflammatorisk process i vänstra lungan, pustulösa hudaffektioner, tromber m. m. I sputa och urin påträffades massor af stafylokocker och streptokocker, tarmkanalens slemhinna antages vara ingångsporten. Det andra fallet var betydligt lindrigare, gick till hälsa, ingen tydlig lokalisation i lungorna, bakterieinvandringen hade troligen skett genom bronkialslemhinnan. Vidare meddelas ett tredje fall, som äfven från början företedde bilden af en allmän infektion af streptokocker och stafylokocker, men intoxikationssymptomen voro långt mindre framträdande, och lokalisationen i högra lungan beherskade den kliniska bilden, så att allmäntillståndet blef bättre eller sämre, alt efter som pnevmonien förbättrades eller försämrades; fallet kan därföre betecknas såsom en cellig pnevmoni, komplicerad med plevrit.

Edgren.

JOHAN A. ANDERSSON: **Ett fall af myxödem, behandladt med ”thyreoidea tabletter”.** Hygiea 1896, I, s. 303.

En utförlig sjukdomshistoria öfver ett fall af myxödem, beträffande en 46-årig kvinna, meddelas. Behandlingen med thyreoideapreparatet Burroughs, Wellcome & C:o Tabloids visade sig synnerligen gynsam.

Edgren.

Kirurgi och oftalmiatrik: KR. POULSEN: Otitisk Temporalabsces. Resectio cranii. Helbredelse. — OSCAR BLOCH: Om spasmodisk torticollis, särligt om dens Behandling med Operation på nervus accessorius Willisii. I Anledning af 2 Tilfälde, behandlede med Sträkning og Excision af nervus accessorius Willisii m. m. — V. MICHELSEN: Trakeotomihage. — D. FISCHER: Om hernia lineæ albæ och de s. k. preperitoneala lipomerna. — A. BERGSTRAND: Fall af njurcysta; laparotomi, hälsa. — O. BLOCH: Et Tilfälde af Amputation af Nyren med Bemärkninger om Konservatisme ved forskellige Operationer på Nyren i kurativt Öjemed. — TH. R.: Hvilke Abscesser åbne sig fortrinsvis gennem umbilicus, og ad hvilke Veje tilföres Pusset? — KR. POULSEN: Et Tilfälde af periostitis tuberositatis tibiæ (Fodboldläsion). — H. MAAG: Et Tilfälde af periostitis tuberositatis tibiæ. — CAMILLUS NYROPS Etablissement: Instrumentväsen.

KR. POULSEN: **Otitisk Temporalabsces. Resectio cranii. Helbredelse.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 229.

52-årig Mand, der i mange År har lidt af Udflod fra höjre Öre. I August 1895 intens Hovedpine; der udviklede sig en höjresidig Facialisparese; han blev svimmel, fik Opkastninger. Der kom Ömhed og Svulst på Udsiden af proc. mast., hvorfor d. $^{13}/_{9}$ resectio proc. mast.; Benvävet osteosklerotisk, Cellerne pusfyldte; Kraniet åbnes opadtil, hvorved udtömmes en Epiduralabsces, der lå over tegmen tympani. Der expekteres herefter i en 5 Ugers Tid; Forlöbet var vexlende; snart havde han det dårligere, snart bedre; der var ingen Feber, snarere var Temp. noget subnormal, Puls mellem 50 og 70, en enkelt Gang 48; man formoder en Temporalabsces; men der er ingen Fokalsymptomer; flere Gange er et operativt Indgreb projekteret; men da der indträder Bedring, afstås derfra. Hvad der dog sluttelig bevirker en Indskriden, er den oftalmologiske Undersögelse. Allerede d. $^{1}/_{10}$ er der let Antydning af Stasepapil; denne bliver efterhånden mere og mere udtalt, og da der d. $^{19}/_{10}$ konstateres Blödninger i retina, udskrabes det 50-örestore Sår d. $^{20}/_{10}$, den misfarvede dura spaltes; ingen Hjärnepulsation. En Stilet föres i forskellige Retninger med negativt Resultat; derefter indföres en spids Kniv i 2 Cm:s Dybde först fortil og nedad, så lige ind; men först i Retningen opad og bagtil åbnes for en Temporalabsces (4—5 Spiseskef. pus); et Drän indlägges, det tilstoppes dog efter nogle Dages Forlöb og kan ikke indföres på ny; der kommer Retentionssymptomer, hvorfor Kniven på ny indföres i den angivne Retning, 2 Teskefulde pus fjärnes; atter Drän, der ligesom sidst tilstoppes; Kniven söger efter pus, men bevirker kun en större Blödning, hvorfor Jodoformtamponade. Herefter er Forlöbet godt. Pat. udskreves fuldständig helbredet; Öjenundersögelsen var da normal, Facialisparesen svunden. Cikatricen var god og fast, der sås ingen Hjärnepulsation. Han har senere befundet sig vel. (Sidste Undersögelse d. $^{4}/_{2}$ 96.)

Kr. Poulsen.

OSCAR BLOCH: **Om spasmodisk torticollis, särligt om dens Behandling med Operation på nervus accessorius Willisii. I Anledning af 2 Tilfælde, behandlede med Stråkning og Excision af nervus accessorius Willisii m. m.** Nord. med. arkiv, 1896, N:r 6.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 10, S. 1.

V. MICHELSEN: **Trakeotomibage.** Hospitalstidende, R. 4, Bd 4, S. 303.

Beskrivelse af en stump Trakeotomibage.

Kr. Poulsen.

D. FISCHER: **Om hernia lineæ albæ och de s. k. preperitoneala lipomerna.** Eira 1896, s. 238.

Uppsatsen återger ett föredrag, som hållits vid Sydöstra Sveriges läkare- och apotekareförenings sammanträde d. 12 april 1896. Förf. börjar med en redogörelse för orsakerna till den s. k. gastralgien eller kardialgien. Bland dessa orsaker spela också ofvan nämnda patolog. anatomiska förändringar en icke alldeles oviktig rol. Efter att ha meddelat 3 sjukhistorier redogör förf. för symptom, diagnos och behandling. Äfven om rent operativa åtgärder — såsom mest radikala — ge de största utsikterna för fullständig bot, framhålles hurusom äfven palliativa — bandagebehandling — medföra god inverkan, och i en del fall kunna få obehagen att alldeles försvinna.

F. Åkerman.

A. BERGSTRAND: **Fall af njurcysta; laparotomi, hälsa.** Hygiea 1896, s. 417.

M., 8 år. Redan för mer än ett år tillbaka begynnande förstoring af buken. Tillväxten ökades altjämt. Buken glatt och jämn; under främre väggen elastisk, rundad tumör hufvudsakligen intresserande högra sidan men utfyllande större delen af kaviteten. Icke ascites. Tumörens utgångspunkt och beskaffenhet tvifvelaktig. Laparotomi. Svulsten låg täckt af omentet, retroperitonealt, och befans ganska intimt sammanvuxen med tarmen. Sedan tumören lösgjorts, inciderades den samma, och befans vara en tjockväggig cysta med dermoidliknande innehåll. Efter underbindning af njurkärlen och ureteren aflägsnades tumören. Läkningen något fördröjd af lindrig suppuration.

Prof. ODENIUS, som undersökt preparatet, har klassifierat svulsten såsom en tumor suprarenalis (aberratus): hypernephroma cystoides renis dextri. *F. Åkerman.*

O. BLOCH: **Et Tilfælde af Amputation af Nyren med Bemærkninger om Konservatisme ved forskellige Operationer på Nyren i kurativt Øjemed.** Det köbenhavnske medic. Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 62.

En 13-årig Dreng havde haft Hämaturi med vexlende Intensitet i 2½ År. Ved Lumbalsnit konstateres, at der er en betydelig Svulst af nederste ⅓ af höjre Nyre; efter at denne er spaltet, synes det, som om Svulsten er af benign Natur, hvorfor den fjärnedes ved et Tvärsnit lige nedenfor hilus; Sårfladerne sutureredes med Katgut. I de för-

ste Par Dage sivede lidt Urin ud gennem Såret, der dog hurtigt helede til; 14 Dage efter Operationen var Urinen helt normal. Der er nogen Uenighed om Tydningen af det mikroskopiske Fund; nogle mene, det drejer sig om et Adenom, andre stille Diagnosen Adenosarkom. Ganske kort refereres 10 Tilfälde fra Literaturen, hvor der er gjort lignende Amputationer af Nyreväv.

Under den påfölgende Diskussion meddelte TSCHERNING et Tilfälde, hvor han fjärnede en större Kyste fra höjre Nyres överste Pol, der var udgået fra Binyren; også i dette Tilfälde lukkedes Nyresåret ved Sutur. I övrigt mener han, at det ved maligne Svulster er farligt at nöjes med en Resektion; her bör hele Nyren exstirperes.

Kr. Poulsen.

TH. R.: **Hvilke Abscesser åbne sig fortrinsvis gennem umbilicus, og ad hvilke Veje tilföres Pusset?** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 243.

Ovenstående Spörgsmål, der er tilstillet Redaktionen af Hospitals-Tidende, besvares med en kort Beskrivelse af 1) de prävesikale Abscesser, 2) de subfreniske Abscesser samt 3) de Suppurationer, der ere opståede i et intraperitonäalt Organ (Leveren, Galdeblären, Ventriklen, Tarmene). Alle disse Abscesser kunne af og til udtömme sig gennem umbilicus; det samme er Tilfäldet med akute og kroniske Former af peritonitis, navnlig sådanne, der ere opståede efter appendicitis; ikke så själden finder en slig Perforation Sted hos Börn, hos hvilke proc. vermiformis ret hyppig ligger höjere oppe end hos den voxne.

Kr. Poulsen.

KR. POULSEN: **Et Tilfälde af periostitis tuberositatis tibiæ (Fodboldläsion).** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 236.

I Tilslutning til en Meddelelse, Dr. MAAG har gjort i Hospitalstidende 1894 om en bursitis i bursa infrapatellaris, som han havde iagttaget hos Drenge, der gav sig af med Fodboldspil, navnlig hos yngre, der skulde kämpe med äldre Drenge, refereres et Tilfälde hos en 13-årig Dreng, hvor Lidelsen opstod umiddelbart i Tilslutning til det omtalte Spil. Det drejer sig dog ikke her om en bursitis, men om en öm, diffus Svulst af hele tuberositas tibiæ på bägge Sider. Forf. er tilböjelig til at tro, at der hos vedkommende Dreng er en Irritationsproces i Epifysebrusken, og han stiller derfor Prognosen med Hensyn til fuldständig Helbredelse noget dubiös; muligvis indträder denne först, når Epifysebrusken svinder. Lidelsen er meget generende, da den hindrer Pat. i at göre Gymnastik og udföre kraftigere Sport. Massage er uden Virkning; bedst går det, når Extremiteten skånes så meget som muligt. Forf. råder til under Fodboldspillet at tage noget Hensyn til de spillendes Alder og Udvikling.

Kr. Poulsen.

H. MAAG: **Et Tilfälde af periostitis tuberositatis tibiæ.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 302.

Forf. meddeler, at han har set flere Tilfälde af samme Natur, som det, KR. POULSEN har refereret under ovennävnte Titel; 2 Tilfälde beskrives nöjere, bägge opståede i Tilslutning til Fodboldspil.

Kr. Poulsen.

CAMILLUS NYROPs Etablissement: **Instrumentväsen.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 257.

3 Instrumenter forfärdigede efter Dr. EDM. JENSENs Angivelse:

1) En Håndelevator til Brug hos små Börn, hvor Pladsen er ringe;

2) en Pincet til at udpresse »Granulationer» af conjunctiva, lignende den Schnellerske Pincet til Exstirpation af Overgangsfolden;

3) en Horners Mejsel af Platiniridium, som altså kan flammerenses, så tit det skal väre, uden at tage Skade.

J. Bjerrum.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: L. NIELSEN: Circinate syfilitiske Erytemer (Nevrosyfilider, UNNA). — W. PETERSEN: Et Par Tilfälde af circinate syfilitiske Erytemer. — M. MÖLLER: 100 fall af urethritis gonorrhoica, behandlade enligt JANETs metod.

L. NIELSEN: **Circinate syfilitiske Erytemer (Nevrosyfilider, Unna).** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 254, 281.

Forf. udhäver, at det egentligt först er FOURNIER, som närmere har henledet Opmärksomheden på den circinate Form af roseola, og han rekapitulerer korteligt FOURNIERs Beskrivelse af samme. Han omtaler nogle senere fremkomne Meddelelser om denne Lidelse, särligt BEAUMANs, og den af ham beskrevne tardive Form af samme, samt UNNAs Opfattelse af disse Erytemer som Nevrosyfilider. Under sin 5-årige Tjäneste som Reservelläge ved Vestre Hospital (R. BERGH) har han haft Lejlighed til hos Fruentimmer at se en Del Tilfälde af denne Art, som i det hele ikke ere forekomne själdent, således at der til Ex. alene i 1888 i Fölge Hospitalets Beretning sås 11 Tilfälde. Forf. refererer så i Korthed först 7 Tilfälde, i hvilke Affektionen optrådte som förste eller andet Recidiv 10 til 18 Måneder efter Infektionen. Derefter fölge 16 Tilfälde af den mere tardive Form, opträdende to —mange År efter Infektionen. Längden af denne Afstand fra Infektionen omtales mere indgående; dernäst Forlöbet af de tidligere syfilitiske Udbrud hos disse Individer, hvorved det udhäves, at samme har väret mildt, og at der ikke er forekommet Udbrud af gummöse Affektioner. To af disse 23 Patienter havde aldrig väret behandlede, 10 kun én Gang gennemgået en merkuriel Behandling, 7 to Gange og

fire 3 til 4 Gange. Forf. beskriver dernäst dette Erytems Former og dväler ved den erytemato-papulöse Form og ved den posterytematöse Pigmentsyfilide. Han omtaler dets Lokalisationer og dets hyppige regionäre Symmetri; dernäst dets ofte temmelig ubegränsede Varighed og dets Tilböjelighed til at recidivere. Sensibilitetsforstyrrelser forekomme ikke og lige så lidt generelle sygelige Symptomer. Af samtidige andre syfilitiske Affektioner har Forf. (afset fra Rester af svulne Glandler og leucoderma) kun hos to Individer set tertiäre Symptomer. Forf. omtaler korteligt de patologisk anatomiske Forandringer, således som de fremstilles af UNNA. Slutteligt omhandles Diagnosen og Prognosen. Med Hensyn til Behandlingen udhäver Forf., at den, i Modsätning til de sädvanlige Angivelser, i Vestre Hospital har givet gode Resultater, dels alene ved Jodkalium-Brug (7), dels ved Inunktioner (16) og i Löbet af mindre end 6 til 8 Uger har bragt Affektionen til at forsvinde. *R. Bergh.*

W. PETERSEN: **Et Par Tilfälde af circinate syfilitiske Erytemer.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 364.

I Tilslutning til foranstående af Dr. NIELSEN refererede Tilfälde meddeler Forf. to andre, på St. Johannes-Stiftelsen i Köbenhavn forekomne; Patienterne vare også her Kvinder. Affektionen skal have bestået henholdsvis i 10 og 6 År, og Patienterne havde aldrig väret behandlede. Lidelsen forsvandt ret hurtigt, henholdsvis ved Jodkalium- og Inunktionsbehandling. *R. Bergh.*

M. MÖLLER: **100 fall af urethritis gonorrhoica, behandlade enligt Janets metod.** Hygiea 1896, s. 263.

Med den af JANET angifna metoden för irrigation af urethra med lösningar af kaliumpermanganat utan användande af kateter har förf. ambulatoriskt behandlat 36 fall af urethritis anterior och 64 fall af uretr. ant. posterior.

I afseende på behandlingens resultat indelas fallen i 3 grupper: A) *friska*, där observationen efter afslutad behandling fortsats intill 2 veckor, utan att gonokocker åter uppträdt; B) *sannolikt friska*, där sådana observationer ej kunnat fortsättas tillräckligt länge för att uteblifvande af gonokocker kunnat med säkerhet bestämmas som definitift; C) *obotade*, där behandlingen måst afbrytas för uppträdande komplikationer, eller där gonokockerna trots en längre serie sköljningar ej försvunnit. Af de 36 fallen af urethritis anterior ingå i A) 25 fall = 69,5 %, i C) 11 fall = 30,5 %. Af de 64 fallen af urethritis ant. post. hänföras till A) 33 fall = 51,6 %, till C) 25 fall = 39 %, således negatift resultat i något mera än $\frac{1}{3}$ af samtliga fall.

Det antal sköljningar, som behöft göras, innan gonokockerna försvunnit ur urethra, har varit mycket växlande. Snabbast och säkrast har metoden verkat vid alldeles färska fall (6 fall gonokockfria efter 1 till 3 sköljningar, 1 efter 10 sköljningar) samt efter 2:dra veckans slut, men den har visat sig verksam äfven vid gamla kroniska fall, så i hälften af alla fall som bestått 5 månader eller mera.

Komplikationer hafva uppträdt under behandlingen 12 gånger. De hafva bestått i: blödningar, akut urethritis posterior eller akutisering af en redan bestående, akut retention, prostatit eller epididymit (3 fall), tenesmer.

Förf. sammanfattar sin erfarenhet i följande 3 punkter:

1. Såsom abortiv behandling är JANETs metod öfverlägsen andra hittils pröfvade. Inledd under de första 2, 3 till 4 dagarna af en gonorré synes den med visshet leda till positift resultat.

2. Senare, när sjukdomen nått stor akuitet, har denna metod, liksom all annan lokalbehandling, endast ringa effektivitet.

3. I subakuta och kroniska stadier af gonorré är metoden i regel hastigt och säkert verksam men vid starkare dosering ej ofarlig.

Sederholm.

Obstetrik och gynekologi: VIGGO ESMANN: Om Födselens Forlöb ved medfödte og erhvervede (cikatricielle) Forsnävringer i vagina. — STADFELDT: Nogle Bemärkninger om Tangforlösninger med särligt Hensyn til Axeträktangen.

VIGGO ESMANN: **Om Födselens Forlöb ved medfödte og erhvervede (cikatricielle) Forsnävringer i vagina.** Köbenhavn 1896. Doktordisp.

Ved at gennemgå Födselsstiftelsens Protokoller for 1850—92, i hvilket Tidsrum der er indtruffet 54 327 Födseler, har Forf. fundet 22 Tilfälde, i hvilke vagina inklusive hymen har kompliceret Födselen — altså kun 1 Tilfälde på omtr. 2 470 Födseler. I Literaturen har Forf. fundet 204 Tilfälde. Han har kun medtaget sådanne Tilfälde, i hvilke Forsnävringen i vagina har väret medfödt eller er erhvervet ved cikatricielle Processer, men ikke sådanne, hvor Forsnävringen har väret forårsaget af Nydannelser eller ved Forskydninger og Lejeforandringer, som skyldes Lidelser i Naboorganerne. Derimod har han medtaget hymen, Gränsemembranen mellem vagina og genitalia externa. Forf. omtaler först Forsnävringernes Ätiologi; de kunne väre medfödte eller erhvervede. For at forstå de medfödte Abnormiteter i vagina må man erindre, at Genitalorganerne ere anlagte som et dobbelt Rörsystem og udvikle sig fra et sådant. Det er derfor klart, at der her er givet en rig Mulighed for Opståelsen af Standningsdannelser. Forf. går närmere ind på alle de Dannelsesfejl i vagina, der kunne komme til at spille en Rolle som Födselskomplikationer. De erhvervede Forsnävringer eller Tillukninger skyldes dels Ätsninger af vaginas Slimhinde ved Indförelse af irriterende Vädsker som Syrer eller Alkalier, dels enkelte Former af Betändelser i eller om vagina, dernäst Syfilis og hyppigst en forudgående Födsel, oftest den förste Födsel. Dernäst gennemgår Forf. vidtlöftigt Födselens Förlöb og Behandling; i 58 Tilfälde fandtes der longitudinelle septa i vagina; transverselle Membraner forekom 53 Gange; 9 Gange var der persisterende hymen og 5 Gange medfödt

Stenose i vagina; cikatricielle Forsnävringer forekom 102 Gange. En voluminös tabellarisk Oversigt over alle disse Tilfälde er föjet til Afhandlingen. Til Slutning fölger en Literaturfortegnelse.

F. Nyrop.

STADFELDT: **Nogle Bemärkninger om Tangforlösninger med särligt Hensyn til Axeträktangen.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 179.

I Fölge en stor tabellarisk Oversigt er Axeträktangen på Födselsstiftelsen i Köbenhavn anvendt 45 Gange i Firåret 1892—95; i 8 Tilfälde blev det dog kun til et Forsög på Forlösning, idet Perforation blev nödvendig for at fuldende Födselen. Da der i det nävnte Firår er fuldendt 242 Födseler med Födselstangen, udgöre de 37 Forlösninger med Axeträktangen kun 15 % af alle Tangforlösninger. Dette viser, at Brugen af Axeträktangen begränses särdeles meget på vor Födselsstiftelse, mere, end det sker de fleste andre Steder. I det hele taget er Brugen af Födselstangen ikke meget hyppig på vor Födselsstiftelse. Det nävnte Firår omfatter et Antal af 6 294 födende, og de 242 Tangforlösninger repräsentere altså 3,8 %. Dette må anses for et meget lille Tal, isär når det erindres, at primiparæ, hos hvem jo Födselstangen anvendes langt hyppigere end hos multiparæ (på vor Stiftelse i et Forhold som 100 : 31), forekomme på vor Födselsstiftelse i et Hyppighedsforhold, som ikke findes mange andre Steder, nemlig som 100 : 73, og at derfor Chancen for Tangforlösning må siges at väre relativt meget stor.

At Axeträktangen er anvendt forholdsvis själdent, har sin Grund ikke alene i Begränsningen for Indikationerne, men navnlig i den bestemte Fordring, *at Hovedet skal stå fast i eller i hvert Fald hvile fast ned på överste Bäkkenåbning.* Står Hovedet löst, anvendes Vending; kan denne ikke udföres, exspekteres der og göres eventuelt Perforation eller Kejsersnit. Er Hovedet trängt godt ned i Bäkkenets Hulhed, anvendes den almindelige Födselstang, altså også Axeträktangen, men uden Träkstänger. Det farligste er selvfölgeligt at ville anvende Tangen ved det bevägelige, höjtstående Hoved, og Forf. udvikler videre, hvortil dette vil före. Hvad Indikationerne ved de »höje» Tangforlösninger angår, da findes de alene i truende Komplikationer, som göre det nödvendigt eller i hvert Fald önskeligt at påskynde og fuldende Forlösningen, enten det nu er Moderen eller Barnet, som Faren truer. For Mödrenes Vedkommende har Axeträktangens Anvendelse ikke medfört noget Dödsfald eller nogen Insult. Hvad Börnene angår, da er der reddet Börn, hvis Liv var i den Grad truet, at 27 af 35 efter Födselen levende Börn kom til Verden i asfyktisk, ofte i dyb asfyktisk Tilstand. Mortaliteten, når de 8 Perforationer regnes fra, har kun väret 16 %; fra andre Steder angives Dödeligheden blandt Börnene ved »höje» Tangforlösninger med den almindelige Födselstang til 28 %.

Forf. kommer dernäst ind på Spörgsmålet om Prognosen ved Tangforlösninger i Almindelighed og omtaler Axeträktangens Anvendelsesmåde. Til Slutning anbefaler Forf. varmt Axeträktangen til Forsög, når de i denne Afhandling nävnte Betingelser og Indikationer

ere tilstede; den formindsker Faren for Moder og Barn, og den letter i höjeste Grad Arbejdet for Födselshjälperen.

F. Nyrop.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: H. V. ROSENDAHL: Lärobok i farmakognosi, tredje häftet: *Umbelliferæ—Rubiaceæ.* — J. MOBERGER och E. KÄLLSTRÖM: Rhizoma Graminis och några dess förväxlingar. — H. ENELL: Om beredning och pröfning af etylbromid. — A. F. RASMUSSEN HALK: Et flydende Järnpräparat. — KARL HEDBOM: Om vissa gifters inverkan på det isolerade och öfverlefvande däggdjurshjärtat. — S. V. RIETZ: Om kurmedlen vid Ronneby hälsobrunnar samt deras indikationer.

H. V. ROSENDAHL: **Lärobok i farmakognosi,** tredje häftet: *Umbelliferæ—Rubiaceæ.* Upsala, W. Schultz' förlag, april 1896, 127 s. 8:v med 103 träsnitt i texten.

Af detta läroboksarbete har i april det tredje häftet utkommit i bokhandeln. *C. G. Santesson.*

J. MOBERGER och E. KÄLLSTRÖM: **Rhizoma Graminis och några dess förväxlingar.** Nordisk farmacevt. tidskrift, n:r 7, april 1896, s. 113—123.

Uppsatsen innehåller resultaten af en i diagnostiskt syfte företagen jämförande, morfologiskt-histologisk undersökning af några droger, nämligen af *Rhizoma Graminis* samt af de däri såsom förfalskningar ibland förekommande *Rhiz. Graminis Italicæ* (af *Cynodon Dactylon* Richard, Gramineæ), *Rhiz. Caricis arenariæ* och *Rhiz. Caricis distich.* Bland de talrika skiljekaraktererna framhållas särskildt olikheterna i form, färg och storlek mellan endodermiscellerna såsom ett säkert diagnosticum, användbart t. o. m. för att upptäcka inblandningar i pulveriserad drog. Då Rhiz. Graminis är stärkelsefri, kan reaktion med jodjodkalium tjäna till upptäckande af stärkelsehaltiga tillsatser.

Framställningen belyses af 12 bilder i texten.

C. G. Santesson.

H. ENELL: **Om beredning och pröfning af etylbromid.** Nordisk farmacevt. tidskrift, n:r 7, april 1896, s. 109—111.

Förf. redogör noga för det sätt, hvarpå etylbromid framställes enligt RIEDELs metod, samt framhåller fördelarna af denna framför den af pharm. german. föreskrifna, hvilken ger ett starkt etyleterhaltigt preparat, hvars spec. vikt följaktligen blir för låg. Äfven kritiserar förf. tyska farmakopéns prof på bromväte och förordar att utföra pröfningen sålunda: 1 kcm. etylbromid omröres på ett urglas med 1 droppe vatten, hvarefter etylbromiden får frivilligt afdunsta, då det resterande vattnet icke får visa sur reaktion. Rätt förvarad, är etylbromid ganska hållbar. Dock rekommenderas, för att binda fri syra däri, som sanno-

likt orsakar farliga biverkningar, att vid dispenseringen alltid tillsätta litet krita, hvarmed preparatet omedelbart före användningen kraftigt omskakas. *C. G. Santesson.*

A. F. RASMUSSEN HALK: **Et flydende Järnpräparat.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 239.

Anbefaler et Järnpräparat, der i Smag minder om ATHENSTÄDTs tinct. ferri comp., men som er langt billigere (2½ Liter omtr. 1 Kr. 35 Öre), når den laves i Hjemmet. Det tillaves på följgende Måde: 2 Liter Vand koges, og Halvdelen häldes i en Krukke med 140 Gm oxydum ferricum saccharatum (Ph. Germ.) og röres godt til Oplösning. Den anden Halvdel häldes i en Krukke med 300 Gm hvidt Sukker. Efter Afköling blandes de to Oplösninger, og der tilsättes 1 Gm æther aceticus, 2 Gm tinct. cinnamomi, 10 Gm tinct. corticis fructus aurantii[1]) og 300 Gm spiritus concentratus. — Dosis er 1 Teskefuld til 1 Spiseskefuld 3 Gange daglig. *C. Gram.*

KARL HEDBOM: **Om vissa gifters inverkan på det isolerade och öfverlefvande däggdjurshjärtat.** Förutskickadt meddelande. Hygiea, maj 1896, s. 493—497.

Med användande af en af LANGENDORFF (Rostock) i PFLÜGERs arkiv, bd 61, angifven metod för cirkulation genom det isolerade däggdjurshjärtat, har förf. undersökt inverkan af ett antal gifter på hjärtan från kattor och kaniner. Djuren förblöddes genom carotis; sedan andningen upphört, öppnades bröstkorgen, och hjärtat utskars; en kanyl inbands i aorta och förenades med en apparat, med hvars hjälp djurets eget blod, som höls vid omkr. 39° under ganska starkt tryck (omkr. 100 mm. Hg), inpressades i aorta. Semilunarklaffarna sluta sig därvid och förblifva slutna, medan blodet söker sig väg genom koronarkärlen till det uppklipta högra förmaket, hvarur det fritt afrinner i en under ställd skål. Så snart koronarcirkulationen kommit i gång, börjar hjärtat att slå (utan blod i sina kamrar) och kan fortsätta därmed, om än med småningom aftagande intensitet, i flere (3—4) timmar. I hjärtspetsen fästes en liten krok, från hvilken löpte en tråd under en liten trissa till en skrifarm, som upptecknade hjärtats rörelser på en sotad cylinder. Vid förf:s försök tillfördes hjärtat dels normalt blod, dels — ur en annan reservoir — blod, som blifvit försatt med något gift, hvars verkan skulle studeras. Sålunda pröfvades *digitalin*, *helleborein*, *veratrin*, *fysostigmin*, *koffein*, *kloral*, *akonitin*, *kinin*, *stryknin*, *atropin*, *pilokarpin*, *kokain* äfvensom glycerinextrakt på *binjurar*, *thyreoidea*, *hypophysis cerebri*, *spottkörtel* från kaniner, »*séquardin*» (testisextrakt från oxe) m. m. I alt hafva omkr. 90 användbara försök utförts. I allmänhet ha de olika medlen framkallat karakteristiska förändringar af pulsens frekvens eller volumer, hvarjämte flere bland dem

---

[1]) Forf. skriver »Pomeranstinktur»; Ph. dan. 1893 har 2 Präparater: Pomeransskaldråber, d. v. s. ovennävnte Präparat, og Pomeransdråber = tinct. fructus aurantii immaturi.

starkt påverkat cirkulationshastigheten genom koronarkärlen. Fullständigare offentliggörelse af resultaten kan snart väntas.

C. G. Santesson.

S. V. RIETZ: **Om kurmedlen vid Ronneby hälsobrunnar samt deras indikationer.** Akademisk afhandling (Lund). Karlshamn 1896. 114 s. 8:v.

Efter en blick på Ronneby historia, källornas upptäckt och vattnets sammansättning, traktens geologi, mineralgyttjan, de olika badformerna o. s. v. ingår förf. på *kurmedlens verkningar*, hvarvid han meddelar en sammanställning och kritisk belysning af literaturen — särskildt den experimentelt-farmakologiska — i den mycket omtvistade frågan om *järnmedlens resorption.* Han framhåller därvid, att de talrika försök, som ansetts motbevisa de vanliga, äldre järnmedlens resorption, ej torde kunna tillmätas den beviskraft, som man förmenat dem ega. Beträffande den s. k. BUNGEska teorien om, att dessa järnpreparat skulle utöfva sitt gynsamma inflytande genom att binda det, vid klorotiskas vanliga tarmkatarr rikligt utvecklade svafvelvätet och sålunda skydda födans fasta organiska järnföreningar från förstöring, så att dessa fullständigare kunde tillgodogöras, anmärker förf., att tarmrubbningar ej äro konstanta vid kloros och ej torde utgöra denna sjukdoms orsak, likasom det ej är bevisadt, att klorotiska i regel skulle producera mer svafvelväte i sin tarm än många andra människor. Att äfven de vanliga järnmedlen uppsugas, anser förf. otvifvelaktigt. Huru de sedan verka — om *direkt* bidragande till hemoglobinbildningen eller indirekt genom att på specifikt sätt reta de blodbildande organen — därom kunna meningarna vara delade.

En afdelning af arbetet egnas därefter åt järnvattnens, särskildt *Ronnebyvattnets*, samt mineralbadens verkningar. Utförligt behandlas slutligen *indikationerna* för Ronneby vatten- och badbehandling, hvarvid framhållas de ofta särdeles gynsamma resultaten vid många mag- och tarmlidanden, kloros och allmän blodbrist, en del gynekologiska lidanden, muskelsjukdomar, reumatism m. m. I samband härmed meddelas en öfversikt öfver de under åren 1880—94 behandlade sjukdomar äfvensom enstaka fall, resultaten af talrika blodundersökningar o. s. v.

C. G. Santesson.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: H. RÖRDAM: Professor PONTOPPIDAN på Finansloven. — WINDE: Tysk Ugenerthed. — Dr. Y.: Om Indiskretion på Apoteker. — AXEL HERTEL: Om Sundhedsforholdene i de höjere Skoler i Norge og et sagkyndigt Tilsyn med Skolerne. — Födehjemmet. — SÖREN HANSEN: Aborterne og Anmäldelsespligten. — N. P. SCHIERBECK: Om Formaldehyds Anvendelse til Desinfektion. — KARSTEN: Om Vandklosetters Indförelse i Köbenhavn. — GIERSING: Dr. S. ENGELSTED og den lovhjemlede Prostitution. — ENGELSTED: Replik. — E. EHLERS: Bidrag til Diskussionen af Prostitutionsspörgsmålet. — K. C.: Sukkersygens geografiske Udbredelse.

H. RÖRDAM: **Professor Pontoppidan på Finansloven.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 349.

En Bevilling af 1000 Kr. som midlertidigt Honorar til Overlägen ved Kommunehospitalets 6te Afdeling, Professor PONTOPPIDAN, for Foretagelsen af lägevidenskabeligt Skön over tvivlsomme Sindstilstande efter Retternes Begäring forkastedes i Rigsdagens sidste Samling med en Motivering, hvis Billighed og Retfärdighed drages i Tvivl.

Ax. Ulrik.

WINDE: **Tysk Ugenerthed.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 230.

Anke over, at et tysk Livsforsikringsselskab har stillet den Betingelse for Antagelsen af danske Tillidsläger, at Lägeattesterne skulle udfärdiges i det tyske Sprog. *Ax. Ulrik.*

Dr. Y.: **Om Indiskretion på Apoteker.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 397.

Den stundom forekommende Uskik, at Apotekerpersonalet overfor Kunderne udtale sig om Diagnosen efter Slutninger fra Lägernes Recepter, påtales. *Ax. Ulrik.*

AXEL HERTEL: **Om Sundhedsforholdene i de höjere Skoler i Norge og et sagkyndigt Tilsyn med Skolerne.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 337, 361. Med Diskussion. Det medic. Selskabs Forhandl. 1895—1896, Sid. 61.

Den af en kongelig Kommission i Slutningen af 1894 afgivne Betänkning om Sundhedsforholdene i de höjere Skoler i Norge sammenstilles med Resultaterne af de af den danske og af den svenske skolehygiejniske Kommission i sin Tid afgivne Betänkninger. Det ses, at de norske Drenge ere de danske og svenske Drenge overlegne i Vägt; i Höjde kunne de danske Latinskoledrenge måle sig med dem, men ikke Realskoledrengene. De danske Pigebörn ere de norske og svenske Piger väsentlig underlegne både i Höjde og Vägt; de norske Piger ere särlig gunstigt stillede. Med Hensyn til Sygeligheden i de höjere Skoler synes der ikke at väre nogen påfaldende Forskel på Dan-

mark og Norge, medens Sygeprocenten er betydelig höjere i Sverig, särlig i Pigeskolerne. Mulig beror den höje Sygeprocent i Sverig på, at Undersögelsen her er foretagen midt om Vinteren, medens Undersögelsen i Norge er foretagen i December, Maj og Avgust. Med Hensyn til de forskellige Sygdomme er Hovedpinen hyppigst i Norge, Blegsoten i Danmark, medens de ere omtrent lige hyppige i Sverig. Kirtelsygen er langt hyppigere i Danmark end i de andre Lande og särligt end i Norge. Den norske Betänkning foreslår Indförelse af et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne ved särlige Skoleläger, hvilket som bekendt findes i Sverig, men ganske savnes i Danmark. Forf. retter i den Anledning en Opfordring til den danske Lägestand til at tage Initiativet for at opnå et sagkyndigt Tilsyn med Skolerne. — I den påfölgende Diskussion udtaltes Tilslutning fra forskellige Sider.

Ax. Ulrik.

Födehjemmet. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 352 og Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 371.

Det på Prof. HOWITZ's Initiativ oprettede Födehjem på Frederiksberg er väsentlig beregnet på Optagelse af fattige, gifte Kvinder. Det afgiver under normale Forhold Plads til 10 Barselkvinder og er udstyret med Centralopvarmning, Vandklosetter og et Taganläg for Rekonvalescenter. Födevärelset er indrettet efter Principerne for en moderne Operationsstue. *Ax. Ulrik.*

SÖREN HANSEN: **Aborterne og Anmäldelsespligten.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 289.

De gäldende administrative Bestemmelser om Anmäldelsen af Aborter gennemgås så vel for Danmarks som Frankrigs, Englands og Tysklands Vedkommende. For alle levendefödte Fostre bör, selv om de ikke ere levedygtige, Dödsattest udstedes og Dödsfaldet anmäldes for Skifteretten; derimod skulle Dödsattester for Aborter, födte inden 28de Svangerskabsuge, ikke medtages i Mortalitetsstatistiken.

Ax. Ulrik.

N. P. SCHIERBECK: **Om Formaldehyds Anvendelse til Desinfektion.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 413.

Referat af VAN ERMENGENs, GRUBERs, TRILLATs og ENGLUNDs Undersögelser. *Ax. Ulrik.*

KARSTEN: **Om Vandklosetters Indförelse i Köbenhavn.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 236 (efter »Ingeniören»).

Det fornödne Antal af Vandklosetter for Köbenhavn anslås til omtr. 15 000 Gårdklosetter og omtr. 22 000 Etageklosetter. Kommunens årlige Udgift til Gennemförelse af den store Kloakplan og til Forögelse af Vandforbruget beregnes til 486 000 Kr. Når Klosetafgiften sättes til 15 Kr. om Året, ville alle Kommunens årlige Udgifter väre däkkede, så snart der er installeret 32 900 Klosetter.

Ax. Ulrik.

GIERSING: **Dr. S. Engelsted og den lovhjemlede Prostitution.** Ugeskrift f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 269.

ENGELSEED: **Replik.** S. St., S. 274.

Diskussion om Prostitutionsspörgsmålet.

Ax. Ulrik.

E. EHLERS: **Bidrag til Diskussionen af Prostitutionsspörgsmålet.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 169, 193, 219, 241.

Forf. skildrer Prostitutionens forskellige Former i Evropas store Byer under Rubrikerne: Gadeprostitution, Butiksprostitution, Bevärtningsprostitution, den kontrollerede Prostitution på Bevärtningssteder, Prostitutionen i offentlige Danselokaler, Avertissementsprostitution. Slutteligt omtales Soutenöruväsenet og de Grunde, som anföres for og imod Bordellerne. *Ax. Ulrik.*

K. C.: **Sukkersygens geografiske Udbredelse.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 295.

I Anledning af en Artikel af LÉPINE i Decemberhäftet 1895 af Revue de Médecine, hvori denne Forfatter opfordrer til at tage Spörgsmålet om Sukkersygens geografiske Udbredelse under Behandling, gives et Udtog af den officielle Statistik over Dödsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer, som foreligger for de 19 År 1876—1894. Det viser sig, at Dödsfaldene af diabetes her som andensteds vare en Del hyppigere blandt Mänd end blandt Kvinder, og at Sygdommen er i nogen, men ikke stärk Tiltagen her i Landet.

Ax. Ulrik.

Berättelser från sjukvårdsanstalter: Beretning om Virksomheden ved Dronning Louises Börnehospital og ved de med samme forbundne offentlige Polikliniker i Året 1895. — KLEE: Beretning om Silkeborg Vandkuranstalt for 1895. — FLÖYSTRUP: Beretning fra den medikopnevmatiske Anstalt for 1895.

Beretning om Virksomheden ved Dronning Louises Börnehospital og ved de med samme forbundne offentlige Polikliniker i Året 1895.

Beretningen indeholder den sädvanlige Oversigt over de i Hospitalet og i Poliklinikerne behandlede Patienter, tillige med en Fortegnelse over Sygdommens Natur og Forlöb.

G. G. Stage.

KLEE: **Beretning om Silkeborg Vandkuranstalt for 1895.** Köbenhavn 1896.

I 1895 besögtes Vandkuranstalten af 198 Kurgäster, af hvilke 64 tidligere have gennemgået Kure ved Anstalten. Sygedagenes Antal var

7 135. 98 Kurgäster opholdt sig 6 Uger og derover ved Anstalten. Af nye Badeformer indförtes Kulsyrebadet; i Gymnastiken indförtes Nauheimgymnastik efter SCHOTTs Metode. En Oversigt over Kurens Resultater gives i tabellarisk Form. Blandt de behandlede Sygdomme vare Nervelidelser de hyppigst forekommende (67 Tilfälde).

Ax. Ulrik.

FLÖYSTRUP: **Beretning fra den medikopnevmatiske Anstalt for 1895.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 313.

F. Levison.

Militär hälsovård: J. FIBIGER: Oversigt over Virksomheden ved det bakteriologiske Laboratorium ved Köbenhavns Garnisonssygehus i Årene 1891—1895. — LAUB: Sundhedstilstanden og Sundhedstjänesten under Kantonnementsövelserne 1895. — DAHLERUP: To Skudsår. — N. P. SCHIERBECK; Om kromgarvet Läder til militärt Fodtöj. — CHARLOTTE NORRIE f. HARBOU: Engelsk Sygepleje under Krigsforhold.

J. FIBIGER: **Oversigt over Virksomheden ved det bakteriologiske Laboratorium ved Köbenhavns Garnisonssygehus i Årene 1891—1895.** Militärlägen, Årg. 4, S. 57.

Det nävnte Laboratorium, der trådte i Virksomhed i 1890 og udförer så vel bakteriologiske som mikroskopiske og kemiske Undersögelser, er bestemt til at yde så vel Garnisonssygehusets som Troppeafdelingernes Läger Bistand ved kliniske og hygiejniske Spörgsmål. I det forlöbne Femår er der udfört 2 372 Undersögelser, over hvilke gives en summarisk Oversigt; de fleste gik ud på Påvisning af Tuberkelbaciller, Difteribaciller og patologiske Elementer i Urin. Forf. gör nogle Bemärkninger om de anvendte Undersögelsesmåder, särlig med Hensyn til Difteribacillen. *Joh. Möller.*

LAUB: **Sundhedstilstanden og Sundhedstjänesten under Kantonnementsövelserne 1895.** Militärlägen, Årg. 4, S. 68.

Övelserne holdtes i det sydöstlige Själland fra 13 September til 4 Oktober (19 Övelsesdage) med en Styrke af noget over 15 000 Mand. — Särlig omtales Ordningen af de syges Transport på Järnbane, den temporäre Udvidelse af det militäre Sygehus i Næstved, Indretningen af et Lasaret i Köge, dels i en Villa, dels ved Hjälp af Döckerske Sygetälte; end videre Sundhedstilstanden, der i det hele var tilfredsstillende, idet der navnlig var meget få Tilfälde af epidemiske Sygdomme, men derimod mange fodsyge (de udgjorde 40½ % af Lasarettets Belägning) som Fölge af de meget ansträngende og lange Marcher og det ofte slette Fodtöj; sluttelig Ambulanceövelserne.

Joh. Möller.

DAHLERUP: **To Skudsår.** Militärlägen, Årg. 4, S. 49.

Ved et Projektil af ringe Kaliber (Blykärne og Nikkelkappe) såredes på närt Hold (omtr. 30 Meter) 3 Personer, af hvilke den förste fik et rent Ködsår gennem Låret, den anden et Sår ligeledes gennem Låret, men med stärk Splintring af Lårbenet, den tredje et Strejfskud på Öret. Alle Sårene helede uden mindste Suppuration og uden Feber. Forf. fremhäver som ejendommeligt Projektilets stärke Sprängning (ved Anslag mod Lårbenet) hos den anden sårede.

Joh. Möller.

N. P. SCHIERBECK: **Om kromgarvet Läder til militärt Fodtöj.** Militärlägen, Årg. 4, S. 55.

Det kromgarvede Läder, der frembringes ved Garvning af Huderne med Kromsalte, udmärker sig ved stor Styrke, ved fra Narvsiden, der vender udad på Fodtöjet, at väre nästen uigennemträngeligt for Vand udefra og Fodsved indefra, at holde sig fuldkommen blödt og böjeligt. Det er således särlig egnet til militärt Fodtöj, og ved at afhjälpe Manglerne ved den langskaftede Stövle gör det Anvendelsen af denne fremfor den efter Forf:s Formening i flere Henseende uhensigtsmässige Snörestövle mulig. *Joh. Möller.*

CHARLOTTE NORRIE f. HARBOU: **Engelsk Sygepleje under Krigsforhold.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 285.

Efter »The Nursing Record» gives en Skildring af de sanitäre Foranstaltninger, som bleve trufne af Engländerne under Felttoget i Ashanti. Expeditionen siges at have väret den i hygiejnisk Henseende bedst udrustede, der nogensinde har forladt England.

Ax. Ulrik.



Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXVIII.

N° 17.

C. STUDSGAARD: **Sur la grossesse extrautérine.**

L'auteur a rassemblé tous les cas de cette maladie (somme totale 18) traités depuis 1876 dans les services de chirurgie et de médecine de l'hôpital de la Commune à Copenhague.

Outre ce nombre, il s'est vraisemblablement produit d'autres cas encore, cachés à la diagnose exacte et spécifiés comme cas d'hématocèle, la grossesse ayant été prématurément supprimée et la malade s'étant rétablie sans que l'on ait pu reconnaître la vraie cause de l'hémorrhagie.

Comme à l'ordinaire, la majorité des cas a appartenu à la catégorie de la grossesse tubaire (*graviditas tubo-uterina seu interstitialis*, *graviditas tubaria stricte* et *graviditas tubo-abdominalis*). Nous n'avons pu enregistrer aucun cas de grossesse ovarienne comme il en existe plusieurs de parfaitement constatés (PATENKO, SPIEGELBERG, PUECH).

D'un autre côté, l'une des opérées présenta une tumeur (un oeuf de deux mois) qu'on s'est cru autorisé à ranger parmi les cas de grossesse abdominale primaire, variété contestée jusqu'ici à juste titre, si même on admet l'existence des grossesses abdominales secondaires originairement tubo-abdominales. La malade en question fut opérée; l'oeuf, sans aucune connexion avec les tubes et les ovaires, et d'un âge de six à huit semaines, fut trouvé implanté en arrière de l'utérus dans le petit bassin.

Des 18 malades, 4 étaient âgées de 20 à 30 ans, et 14 se trouvaient entre 30 et 40, ce qui est d'accord avec la statistique de HENNIG. 17 étaient des femmes multipares; la 18^me^ mourut sans avoir pu donner des renseignements explicites.

Parmi les symptômes généralement connus, la tuméfaction des seins, l'accusation de la ligne foncée longitudinale et le changement de couleur de la muqueuse vaginale ont une valeur plus positive que négative; 13 malades des 18 étaient sujettes à des suintements sanguinolents plus ou moins persistants ou à des hémorrhagies véritables, quelquefois avec expulsion de lambeaux de la caduque (*decidua*); chez une, toute cette membrane fut expulsée en moule.

8 des 18 malades se plaignaient de dysurie due à l'ascension de bas en haut et d'arrière en avant de l'utérus par suite du développement de l'oeuf dans le petit bassin.

Ayant particulièrement en vue la maladie depuis le commencement jusqu'à la fin du quatrième mois, l'auteur se déclare partisan de l'intervention par l'extirpation en ouvrant l'abdomen au-dessus de la symphyse, persuadé qu'on doit sauver la mère en sacrifiant l'enfant. La rupture du sac avec une hémorrhagie considérable menace en effet à chaque instant la vie de la mère, et dans un cas pareil, l'opérateur n'est pas toujours présent pour obvier à l'accident.

Des 18 malades, 12 appartenaient à cette catégorie (chez 6 la grossesse avait une durée de plus de 4 mois), et 3 de ces 12 moururent; ces cas malheureux sont arrivés avant 1888, et les malades expirèrent après la rupture du sac sans avoir été opérées. Depuis cette époque, la confiance aux opérations abdominales s'est accrue, et nous pouvons enregistrer pour la période suivante 4 malades sauvées par l'opération dans un état de collapsus après la rupture. Les 5 autres ont été opérées avant la rupture et guéries. Deux fois on a trouvé chez nos opérées une ancienne rupture du sac en état de cicatrisation, les bords étant agglutinés par des caillots de sang en voie de formation; chez toutes les deux, cependant, une hémorrhagie par rupture sur un autre point du sac nécessita l'intervention opératoire.

Les méthodes vaginale et abdominale sont ensuite discutées, la première (BOUILLY, SEGOND) étant réservée aux opérateurs très habiles et aux cas où l'oeuf se trouve dans le petit bassin au commencement de la grossesse. Les autres méthodes opératoires, la ponction, l'électricité etc., semblent disparaître.

L'exposé de l'auteur se termine par l'histoire des 18 cas.

N° 19.

H. KRABBE: **Sur les Cestoïdes de l'homme en Danemark. Observation de 400 cas.**

En 1887, j'ai rendu compte de 300 cas de Cestoïdes rencontrés chez l'homme en Danemark, et que j'avais pu examiner jusqu'alors. Depuis ce temps, j'ai eu l'occasion d'en étudier une nouvelle série de 100.

De ces 400 cas, plus de la moitié provenaient de Copenhague, et, parmi les 200 derniers cas, 160 appartenaient à cette ville.

Les tableaux I—V (voir le mémoire) indiquent les résultats obtenus par la statistique de ces 400 cas.

Le tableau I démontre que T. solium qui, avant 1869, était le Cestoïde le plus commun, a diminué de fréquence depuis ce temps, de sorte qu'il n'a pas été observé parmi les 100 derniers cas (après 1887), à Copenhague aussi peu qu'en province (Tabl. II). Le même phénomène a été constaté ailleurs, et s'explique sans doute partout par la même cause, savoir la peur des Trichines, qui règne depuis 1865. Quant à la distribution actuelle de T. saginata et de T. solium

en Danemark, l'inspection faite à l'abattoir public de Copenhague depuis l'année 1888, des viandes d'environ 1,344,000 porcs de boucherie, n'a démontré la présence de Cysticerques que dans un seul porc, tandis que, quant au boeuf, on a, depuis 1890, chez environ 30,000 animaux abattus annuellement, trouvé chaque année affecté de Cysticerques un nombre qui s'est élevé à 133 en 1894. Il est vrai que, dans à peu près les $\frac{3}{4}$ des cas, les Cysticerques étaient morts et dégénérés, et conséquemment hors d'état de nuire à l'homme; mais la viande étant soustraite à la consommation même quand on n'y trouve qu'un seul Cysticerque vivant, il est à présumer que, grâce à l'inspection des viandes, la fréquence de T. saginata diminuera successivement.

Le tableau III démontre, que les types T. saginata et solium ont été constatés deux fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Botr. latus, dont les cas, il est vrai, ne sont que peu nombreux, était encore bien plus fréquent chez les femmes. Les individus qui étaient affectés de Botriocéphales, les ont, dans bien des circonstances, acquis à l'étranger, mais il y en a qui, sans doute, en ont été infectés en Danemark, qu'ils n'ont jamais quitté.

T. saginata et solium, de même que Botr. latus (voir le tableau IV), ont été le plus fréquemment trouvés entre 20 à 40 ans, surtout chez des individus âgés de 20 à 30 ans. Aucun cas n'a été remarqué chez des individus comptant moins d'un an ou plus de 70 ans. Par contre, le T. cucumerina a infecté presque exclusivement des enfants âgés de moins d'un an; dans un cas seulement, la victime fut une fillette de 4 ans.

Le tableau V démontre que la fréquence prévalente de T. saginata et de T. solium chez les femmes ne se manifestait qu'après la 20me année. Pour le Botriocéphale, aucun des malades n'était âgé de moins de 20 ans.

Tandis que de T. solium on rencontrait assez fréquemment plus d'un ver (jusqu'à 10) chez le même individu, cela n'avait jamais lieu pour T. saginata. T. cucumerina se trouvait assez souvent en plusieurs exemplaires chez le même enfant, ce qui était également le cas des individus affectés de Botriocéphale (jusqu'à 14 vers). Une fois, le Botriocéphale a été trouvé chez un individu qui souffrait en même temps de T. solium.

T. saginata et Botr. latus mesuraient au plus une longueur de 980 cm., tandis que T. solium ne dépassait jamais 400 cm.

Le remède appliqué le plus souvent et avec un bon effet contre les 200 derniers cas, a été 10 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle, suivis d'un laxatif de calomel et de racine de Jalappe āā centigrammes 50. Dans un hôpital de Copenhague, le remède fut administré à 42 malades, et dans 33 de ces cas l'expulsion de la tête du ver fut constatée.

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. N:r 22.

Från medicinska kliniken i Upsala.

Akut disseminerad ryggmärgsskleros

med nevrit efter difteri hos ett barn.

Af

Prof. S. E. HENSCHEN.

Med en tafla och en zinkotypi.

Ehuru förlamningar vid difteri varit kända ända sedan midten af förra århundradet, då GHISI 1747, CHOMEL 1749 och FOTHERGILL 1751 beskrefvo sådana, och dylika höra till de alldagliga företeelserna inom läkarens praktik, så ha orsakerna till dessa först under de senaste tvänne tiotalen af år blifvit noggrannare studerade och kända. Orsakerna härtill torde väl ligga dels däri, att man först sent egnat sig åt studiet af de perifera nervernas sjukdomar, och dels att dessa förlamningar merendels gå till hälsa.

Spridda iakttagelser rörande deras patologiska anatomi datera sig dock redan från 1860-talet. Sedan CHARCOT och VULPIAN 1862 iakttagit i ett fall af gomsegelförlamning degeneration af de perifera nerverna, samt LORAIN och LÉPINE 1869 konstaterat samma sak, meddelade BÜHL 1867 ett fall af blödning med uppmjukning i hjärnen. 1871 hade OERTEL och 1876 VULPIAN iakttagit blödningar i nervskidorna samt förändringar i de främre hornens celler, hvarjämte OERTEL såg små blödningar därstädes. I meningerna iakttogs af PIERRET fläckvis meningit.

Å andra sidan förelågo flere *negativa* observationer; man kunde intet upptäcka, och detta har inträffat äfven under senaste åren (BRISSAUD), oaktadt den numera utbildade tekniken.

Så stod saken, då DEJERINE 1878 genom noggran undersökning af 5 fall af förlamning trodde sig kunna påvisa, att det konstant fans en lesion i de främre spinalnervernas rötter (en parenkymatös nevrit), motsvarande det paralyserade området och af sekundär art, beroende på en inflammatorisk förändring dels i främre hornens celler, dels i interstitiela väfnaden. Dessa DEJERINES iakttagelser konstaterades sedan af ABERCROMBIE 1881.

Under 1880-talet ökades antalet observationer ej obetydligt, och för närvarande kunna vi resumera vår kunskap om de patologiskt anatomiska förändringarna i största korthet sålunda:

Den difteritiska förlamningen beror vanligen på förändringar i de *perifera* nerverna, hvilka äro *degenererade* dels i sina perifera ändar, dels ock högre upp. Det är företrädesvis de utgående *motoriska* rötterna som visa degeneration. Därjämte träffas blödningar, ansvällning af nerverna och stundom cellhopningar (cellproliferationer invid dem) eller en s. k. segmentär periaxial form (GOMBAULT). Äfven i de *sensibla nerverna* har man på senare år funnit enahanda förändringar, som förklara anestesierna. Läggas härtill degenerationer i spinalganglierna samt i de intramedullära sensibla och motoriska trådarna, så kan man säga, att de *paralytiska fenomenen* och *upphäfvandet af reflexerna härigenom nöjaktigt förklaras* (*periferisk nevrotisk form*).

Enstaka observationer (HOCHHAUS) föreligga ock, att de perifera *musklerna* äro degenererade, utan att samtidigt någon tydlig degeneration af nerverna anträffas. Det ges altså *en muskulär form.*

Redan OERTEL och sedermera DEJERINE, ABERCROMBIE m. fl. hade anträffat *förändringar i de främre hornens celler*, nämligen degeneration af de motoriska cellerna, kärnförökning och interstitiela (inflammatoriska) förändringar samt dessutom stundom smärre blödningar inom den grå substansen. Dessa förändringar äro likstälda med dem, som träffas vid den s. k. spinala barnförlamningen (essentielle Kinderlähmung) eller poliomyelitis anterior acuta infantum. Däremot hade man ej anträffat några tydliga förändringar inom den hvita substansen, eller voro de samma af lätt och oviss beskaffenhet, förr än 1894 BIKELES och PREISZ lyckades (den förre genom användande af den särdeles känsliga Marchi'ska färgningen) påvisa, att lätta

förändringar af de *Goll'ska strängarna* kunna (undantagsvis?) förefinnas. Härigenom har man vunnit en förklaring på den *ataxi*, som ej sällan uppträder efter difteri. Om nu nämnda förändring städse finnes vid ataxi, därom kunna först fortsatta undersökningar lemna visshet.

Slutligen har man, om än i sällsynta fall, funnit förlamningen uppträda i *hemiplegisk form*, under form af apoplexi, som ej låter sig förklara utan antagande af en cerebral skada. Om än dessa kliniska iakttagelser numera ej äro så ytterligt sällsynta, som man (v. ZIEMSSEN m. fl.) antagit, så äro däremot de fall lätt räknade, där man kunnat genom sektion förvissa sig om naturen af den cerebrala lesionen.

Under det att kliniska observationer föreligga af MENDEL (3 fall), HENOCH (2 fall), HIRT (1 fall), AUERBACH (1 fall), JÄCKLE (1 fall), REMAK (1 fall), SEIFERT (2 fall) och EDGREN (1 fall), BOKAI (4 fall), DONATH (1 fall), föreligga däremot endast några få sektionsfall, som kunna upplysa om orsaken till dessa apoplexier. Det har därvid visat sig, att de kunna orsakas antingen af emboli eller blödning.

Ett fall af *blödning* har offentliggjorts af MENDEL, hvarjämte BUHL, OERTEL, KLAUS m. fl. stundom hafva sett kapillära eller andra smärre blödningar inom hjärnen, ryggmärgen eller perifera nerverna.

Ett fall af *emboli* har iakttagits af HENOCH, hvarjämte jag redan 1886 offentliggjort *ett* dylikt fall af emboli, som dock ej blifvit beaktadt i literaturen, och där en omfångsrik malaci i vänstra hjärnhalfvan uppstod, karakteriserad kliniskt af hemiplegi och svår afasi (jfr Upsala läkaref. förh. 1886, Neurolog. Centralbl. 1886, s. 424, fall 4).

Härigenom hafva äfven de *hemiplegiska formerna* kunnat nöjaktigt förklaras.

Genom iakttagelser under en räcka år hafva sålunda de hufvudsakliga formerna af difteriska förlamningar vunnit en på det hela nöjaktig förklaring, om man undantar, att man i många fall af förlamning faktiskt ej lyckats finna någon patologisk förändring, vare sig nu detta berott på felaktig teknik, eller att man ej råkat söka på det afficierade stället eller, hvilket antagligen flere gånger varit händelsen, den förefintliga förändringen ej är mikroskopiskt skönjbar eller den, som man ju plägar uttrycka det, varit af funktionel natur.

Till nämnda observationer är jag i tillfälle att lägga en ny, som icke blott utvidgar vår kunskap om de difteriska förlamningarna och förklarar några sällsynta former af difterisk förlamning, utan ock sprider ljus öfver en hel sjukdomsgrupps — den s. k. sclérose en plaques' — uppkomst och etiologi äfvensom dess samband med andra ryggmärgssjukdomar.

Fallet är följande och iakttogs 1893 af mig å min kliniska afdelning.

Ellen Nylin, 14 år, från Dalby socken, Upsala.

Anamnes.

Inom patientens släkt tyckas *inga* fall af *nervsjukdomar* hafva förekommit. Hon har sig ej bekant, att någon inom hennes släkt lidit af sinnessjukdom, fallandesot, slaganfall eller förlamningar. Ej häller vet hon, att någon inom släkten missbrukat alkohol.

De *hygieniska förhållanden*, hvarunder pat. lefvat, tyckas i allmänhet hafva varit tillfredsställande, så väl hvad beträffar bostad som kläder och föda.

Föregående sjukdomar. Patienten har såsom barn genomgått vattkoppor och messling — utan komplikationer. För öfrigt säger hon sig hafva varit *fullt frisk ända tils hon insjuknade i sin nuvarande sjukdom.*

Angående den *nuvarande sjukdomen* uppgifver patienten, att den började d. 17 maj med *hufvudvärk*, *frysning*, *ondt i halsen*, *svårighet att svälja*, *kräkningar;* hon *hostade* äfven något med ett sparsamt, gråhvitt, slemmigt expektorat, som ej innehöll några fastare partier. Såsom orsak till sitt insjuknande tyckes pat. vilja antaga *förkylning*, som hon skulle ådragit sig i kyrkan föregående söndag (d. $^{14}/_{5}$). Anmärkas bör likväl, att *åtskilliga personer*, som pat. varit tillsammans med, ungefär *samtidigt varit sjuka med* ungefär liknande symptom af *ondt i halsen*, *svårighet att svälja*, *hufvudvärk* och *feber*. I allmänhet tyckes likväl sjukdomen hafva varit *lindrig*. De sjuke voro visserligen *sängliggande ett par dagar*, *men blefvo sedan snart återstälda;* och pat. har sig ej bekant, att någon annan än hon själf fått några sviter.

D. $^{18}/_{5}$ måste pat. intaga sängen; hon hade då inga symptom annat än de ofvan nämnda; *inga* tecken till *svaghet i benen.*

D. $^{21}/_{5}$ började hon först känna, att *det »ilade» i benen*, samt *myrkrypningar.* Hon iakttog då äfven, att *benen kändes svaga* samt *darrade*, då hon skulle försöka stödja på dem. *Ingen värk eller ömhet.* Hon kunde då ännu gå utan stöd, ehuru benen kändes mycket svaga.

D. $^{22}/_{5}$ fortfarande myrkrypning och »ilning» i benen; darrningen och svagheten i benen förvärrades, så att pat. *ej kunde gå utan stöd.* Bägge benen ha hela tiden förhållit sig lika. Från denna dag har pat. besvärats af *urinretention;* kunde ej kasta vatten, förr än hon följande dag blef tappad. Aptit och afföring normala.

Hon intogs å akad. sjukhusets med. afdeln. d. $^{23}/_{5}$; *kunde då ännu gå något* med stöd, ehuru benen kändes mycket svaga samt *darrade, i synnerhet då hon låg och satt.*

Daganteckningar.

D. 25. Efter intagningen å sjukhuset *kräks* pat. *ofta* upp födan, strax sedan hon förtärt den samma. Ingen afföring sedan intagningen å sjukhuset. Försök har gjorts med lavemang men utan resultat. Buken något uppdrifven med tympanitisk ton. Pat. *kan nu ej als stödja på benen.* Inga darrningar eller myrkrypningar. *Nästan fullständig motorisk förlamning*, kan endast obetydligt röra på fötterna. *Patellarreflexerna något förstärkta. Nästan fullständig anestesi* ända *upp till thoraxranden. Muskelsinnet* i de *nedre* extremiteterna betydligt *nedsatt.* Pat. kan ej med säkerhet angifva, om förlamningen, den motoriska så väl som den sensibla, börjat i något visst parti och sedan spridt sig därifrån, eller om den börjat i hela det angripna partiet samtidigt; dock tyckes hon anse, att *fötterna först angripits*, och att förlamningen därifrån spridt sig uppåt. Hela svalget äfvensom gombågarna äro starkt svullna. Tonsillerna svullna, röda med några mindre, hvita beläggningar.

D. 26. *Nedsättningen af sensibiliteten* tyckes i dag sträcka sig *något högre upp på högra sidan* (*5:te interstitiet i mamillarlinien*); på vänstra sidan som förut.

På aftonen anmärkes, att *högra armen är något paretisk;* pat. kan ej utföra de aktiva rörelserna med höger arm i samma utsträckning och med samma styrka som med vänstra armen. *Ingen nedsättning af sensibiliteten* å högra armen iakttagen. På tillfrågan säger sig pat. känna *myrkrypningar i högra handen och armen. Pupillerna* ovanligt *stora.* Intet fel i ögonens rörelser eller synskärpan (groft pröfvadt). Benen förhålla sig som föregående dag. *Patellarreflexerna* något *förstärkta.* Ingen dorsalklonus. Inga hudreflexer å benen; mycket svaga å buken. Afföring (efter ol. ricin.).

D. 27. Tydlig *pares i högra armen;* ingen sensibilitetsrubbning därstädes. *Synskärpan* något *nedsatt å vänstra ögat.*

Status præsens d. 28 maj 1893.

Pat. är sängliggande (intager ej något bestämdt läge i sängen). För sin ålder tämligen lång, ehuru af klen kroppsbyggnad. *Hull och muskulatur reducerade.* Aptit god (pat. kräkes numera ej upp maten såsom de första dagarna af hennes sjukhusvistelse). Afföring trög, sömn normal. Pulsen jämn, frekvens 104. Temperaturen, mätt i rectum, morgon 38,4, afton 38 (pat. får antifebrin). Urinen håller ej ägghvita eller socker.

Subjektiva symptom: Pat. har inga smärtor, inga hallucinationer.

Psyke. Pat:s ansigtsuttryck är ej slött. Uppfattning, omdöme och minne goda. Lynnet jämnt, stundom något nedstämdt.

Afasi. Ingen form af afasi förefinnes.

Kranialnerver.

I. Utan anmärkning.

II. *Synskärpan å vänstra ögat nedsatt*, så att pat. på 1 meters afstånd knappast förmår att urskilja, huru många fingrar man på detta afstånd håller upp framför henne.

Synskärpan tyckes ej förbättras hvarken med konvexa eller konkava glas. Å *högra ögat* normal synskärpa. Synfälten tämligen normala. En inskränkning af synfälten uppåt torde bero därpå, att pat:s öfre ögonlock hänga ned väl långt å bägge sidor. Oftalmologisk undersökning visar, att begränsningen af *papillen* å vänstra ögat är något otydlig; kärlen något svälda, i synnerhet venerna. Högra ögat utan anmärkning.

Inga synhallucinationer.

Angående ögonens rörelser intet att anmärka, ingen strabism.

Pupillerna äro båda *stora*, mäta ungefär 7 mm. i diameter, *reagera*, ehuru *trögt*, för ljus och ackomodation.

Trigeminus och facialis utan anmärkning.

Acusticus. Hörseln normal å bägge sidor. Inga hallucinationer.

Pat. kan korrekt igenkänna och angifva de olika smakkvaliteterna, sött, surt, salt och beskt.

Sväljningen försiggår normalt.

Från vagi utbredningsområde intet att anmärka.

Accessorius funktionerar normalt.

Tungan devierar ej. Ingen atrofi.

Spinalnerver.

Känsel. *Bål:* Sensibiliteten är betydligt *nedsatt* å bålen på *högra sidan* upp till 5:te interstitiet i mamillarlinien och utåt i axillarlinien, anestesien följer sedan 5:te interstitiet; på *vänstra sidan* går sensibilitetsrubbningen ej så högt; den når där i mamillarlinien ungefär undre toraxranden, i axillarlinien 9:de interstitiet. Öfvergången från de partier, som hafva normal sensibilitet till de partier, där sensibiliteten är nedsatt, sker ej plötsligt, utan så småningom, och kan ej precis angifvas, emedan pat. vid olika försök lemnar något stridiga uppgifter.

Å ofvan nämnda parti af pat:s kropp (äfven motsvarande parti af ryggen) är a) *beröringssinnet* betydligt *nedsatt*, så att man kan beröra pat., utan att hon als märker det. Äfven b) *smärtsinnet* är *betydligt nedsatt:* man kan nypa pat. rätt hårdt eller sticka henne med knappnålar, utan att hon känner det. c) *värmesinne:* pat. angifver alltid rätt, om hon beröres med ett profrör, fyldt med vatten af omkr. 50°. Vidrör man henne däremot med ett profrör, fyldt med vatten af omkr. 10°, säger hon vanligen, att äfven detta är varmt. Temperatursinnet bättre å vänstra sidan än å den högra.

Armar: Beröringssinnet å högra armen något sämre än å den vänstra. För öfrigt intet att anmärka.

Ben: Å bägge benen är *sensibiliteten betydligt nedsatt* och i ungefär lika grad å bägge.

Beröringssinne. Vidröras benen lätt med fingret eller med en pappersremsa, känner pat. det ej.

Smärtsinne. Man kan nypa pat. rätt hårdt eller sticka henne med knappnålar å benen, utan att hon känner någon smärta. Smärtsinnet tyckes vara något sämre på underbenen och fötterna än på låren.

Angående *temperatursinne* gäller det samma, som ofvan sagts om bålen. Lägger man hennes fot eller ben direkt emot järnsängen, känner hon ej att den är kall.

Muskelsinne tyckes nästan fullständigt *saknas.* Pat. vet ej, hur hennes ben ligga, om hon ej sett det. Om pat. blundar kan man lägga hennes ena ben utanför sängen, utan att hon märker det.

Motilitet. *Bål:* Pat. kan ej resa sig upp i sängen i sittande ställning eller vända sig på sida. Bukmusklerna *paretiska.*

Armar: Tydlig *pares* i *högra armen;* pat. kan endast röra högra armen obetydligt och med mycket ringa kraft.

Vänstra armens rörelser utan anmärkning.

Ben: Nästan fullständig *förlamning i bägge benen;* pat. kan dock röra något på tårna. *Inga ryckningar eller darrningar.*

Reflexer. Patellarreflexer *saknas* nu å bägge benen. Ingen dorsalklonus. Inga plantarreflexer. Inga hudreflexer å buken.

Blåsan tömmer sig ej, utan pat. måste dagligen tappas.

Afföringen *trög.*

Trofiska rubbningar. Ingen decubitus. Musklerna kännas i allmänhet *slappa*, något *atrofiska.*

Från hjärta, lungor, lefver, mjälte intet att anmärka.

Buken utspänd, tympanitisk perkussionston.

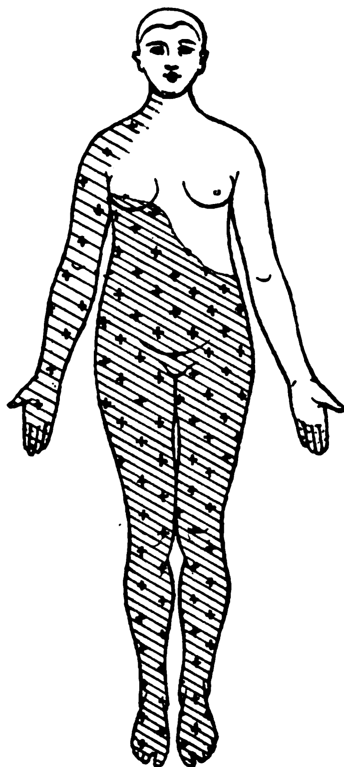
Daganteckningar.

D. $^{29}/_{5}$. Högra armen nästan fullständigt paretisk; något nedsatt beröringssinne. *Vänstra armens rörelser något svaga.* Ingen sensibilitetsrubbning iakttagen å vänstra armen.

D. $^{30}/_{5}$. Gränsen för sensibilitetsrubbningen å bålen sträcker sig nu på högra sidan i mamillarlinien till 7:de interstitiet (se för öfrigt *figuren*, sid. 8), *å hvilken schatteringen anger utbredning och styrka af den motoriska paralysen och +++ utbredning och styrka af anestesien d.* $^{30}/_{6}$.

Något mera utpreglad *pares i vänstra armen* än förut. Köldsinnet å högra armen nedsatt. Tonsillerna något svälda.

D. 31/5. Lindrig *ptosis* å båda ögonen; pupiller lika stora, reagera trögt för ljus, ej för ackomodation. *Hyperestesi* af *nedre* delen af *ansiktet*. *Mjuka gommen* står å *vänster* sida något *lågt*. Hörsel och smak goda. Andningen abdominel, *kan ej göra djupa inspirationer*. *Röst nasal*, *högra stämbandet mindre rörligt* än vänstra. *Cucullaris* och *sternocleidomastoidei atrofiska*, *paretiska*. Tungans spets devierar ej, kan räckas ut normalt.



Vidröringssinnet: å bålen nedanför mamillplanet *anestesi* och *analgesi*. Där ofvanför till klaviklarna samt utåt sidorna bibehållet vidröringssinne och möjligen hyperalgesi. Å halsen och skuldror bibehållet vidröringssinne. *Å höger arm* normalt vidröringssinne utom å dorsalsidan af höger hand med dess fingrar. Å vänster arm normalt vidröringssinne. Benen anestetiska. *Smärtsinnet: i armarna hyperalgesi*, i benen analgesi. *Köld och värmesinnet: i armar normalt*, i benen borta; på samma sätt förhåller det sig med ortsinnet.

Motilitet: bålens och bukens muskler paralytiska. Vänster arm paretisk, höger arm paralytisk, medger dock svag böjning af fingrarna, antydan till pronation och supination af handen, och böjning i underarmen (mycket svag rörelse).

Benen paralytiska. Inga ryckningar i armarna, långsamma ryckningar i benets böjmuskler. Muskelsinnet normalt i armen, borta i benen.

Elektr. retbarhet (faradisk ström): *nedsatt* retbarhet och *långsamma kontraktioner* på armarna, å benen ingen ryckning. Inga kontrakturer, inga reflexer.

Förlamning af blåsan, *pares* och *anestesi i rectum*. Inga decubitus, *höggradig atrofi af muskler*. Temp. 37,7°—39°. Från hjärta, lungor, lefver, mjälte intet anmärkningsvärdt. Buk uppdrifven. Huden normal. Urin: sp. v. 1,016, endast 625 kcm. på en dag.

D. 4/6. Betydlig *hyperestesi i högra armens* hud, mest på underarmens sträcksida och dorsum manus. *Armen* ligger fullkomligt *orörlig*, endast i axelleden kan en ringa rörelse ske.

D. 7/6. Hyperestesien betydligt minskad. *Rörelseförmågan* har delvis återkommit, men sträckning af underarm och hand är dålig (radialis), å vänster arm dock bättre.

D. 9/6. Ingen hyperestesi, rörligheten ytterligare förökad. *Sensibiliteten i benen börjar återkomma*, är i *armar normal.*

D. 11/6. Pat. kan röra tårna. *Trombos i höger ben. Urininkontinensen fortfar.*

D. 13/6. Rörligheten i benen ytterligare något ökad.

D. 15/6. Normal känsel i armar, ingen hyperalgesi, utom i skuldrorna. Sensibilitet i öfrigt såsom ofvan. *Trombos och urin-rektalinkontinens fortfara.*

Senare delen af juni: Decubitus å sacrum samt båda trokantererna. Trombosen förbättrad. *Rörlighet rätt god i båda armar*, bättre i den vänstra; *någon rörlighet i tår och knäleder.*

Början af juli: Decubitus ganska utbredda, hvardera minst flathandstora. *Rörlighet* fullt god i båda armarna och händerna, obetydlig i tår och knän, *något bättre i höger ben. Sensibilitet* för beröring betydligt nedsatt nedanför ett plan, lagdt på *höger* sida genom mamillen framtill, midten af scapula baktill snedt nedåt *vänster*, till nedre bröstkorgsranden framtill, nedre scapula-vinkeln baktill; i ben och buk nästan analgesi, hyperestesi i skuldror, i armar full känsel.

Senare del af juli: *Decubitus* mer utbredda, nu äfven på insidan af knän och å malleoli. *Rörlighet* ungefär som förut, *sensibilitet* likaså; *inkontinens* fortfarande i blåsa och tarm; *reflexer borta å benen.*

Sista veckan af juli: Utbredd svår *bronkit* å båda lungorna, hosta utan förmåga till upphostning, tecken till *bronkopnevmoni.*

D. 4 augusti: Död.

Temperaturtabell.

		Morg.	Aft.	
Maj	23	—	38,2	
	24	38,1	39,1	
	25	38,4	39	
	26	37,8	37	antifebrin.
	27	38	38,5	
	28	38,4	38	antifebrin.
	29	38,4	38	»
	30	37,8	38,3	»
	31	37,7	39	
Juni	1	37,5	37,9	
	2	37,8	38,5	
	3	37,8	38,1	
	4	37,5	37,3	
	5	37	37,5	
	6	37,3	37,7	
	7	37,5	39,4	
	8	38,3	39,6	

Urinmängd.

Maj	30	625	kcm.
	31	625	»
Juni	1	750	»
	2	500	»
	3	625	»
	4	875	»
	5	750	»
	6	750	»
	7	750	»

		Morg.	Aft.
Juni	9	38	39,8
	10	37,8	38,9
	11	37,5	38,7
	12	37,2	39
	13	37,8	38,6
	14	37,8	38,5
	15	37,7	38,2
	16	38,5	39,4
	17	38	38
	18	37	39,5
	19	37,1	38,3
	20	37,8	39
	21	37,5	39,1
	22	37,8	38,9
	23	37,9	39,2
	24	37,3	39,3
	25	38,8	39,1
	26	38,8	38,8
	27	38,8	39
	28	38,5	38,8
	29	38,7	39,2
	30	38,4	40
Juli	1	38,5	39,8
	2	38,6	39,7
	3	38,1	39,7
	4	38	39,3
	5	37,8	39,3
Juli	6	37,5	38,6
	7	37,5	38,6
	8	37	38,3
	9	37,4	38,1
	10	37,2	38,7
	11	37,2	38,3
	12	37,1	38,3
	13	36,7	38,7
	14	37,7	39,1
	15	37,5	38,5
	16	37,1	38,7
	17	37,5	39,1
	18	37,2	39,8
	19	37,7	39,3
	20	37,8	38,5
	21	36,9	38,5
	22	37,8	38,6
	23	37,7	38,6
	24	37,4	37,4
	25	37,8	38,5
	26	37,4	38,5
	27	38	39,5
	28	38,1	39,7
	29	38,5	39,5
	30	38,6	39,6
	31	39	38,1
Aug.	1	37,6	39,9

Sektion. I följd af min tjänstledighet och frånvaro vid sektion, blef ej hjärnen tillvaratagen.

Ryggmärgen makroskopiskt.

Dura mater företer intet abnormt, dess insida är glatt, utan förtjockningar eller psevdomembraner.

Pia mater är likaså makroskopiskt normal.

Ryggmärgen härdades i Müllers lösning, hvarefter ett större antal preparat förfärdigades från olika höjd. Den företedde utanpå inga makroskopiskt märkbara förändringar.

Mikroskopiskt.

Snitt från midten af *cervikalregionen* (bild 1).

Dels i *framsträngen*, motsvarande främre hornets spets, några smärre strödda skleroser (se bild 1) med mer eller mindre skada å de utgående motoriska nerverna. I den mediala sklerosfläcken äro märgskidorna till största delen försvunna (färgas ej af Weigerts färgning), i de mera laterala äro talrika nervers skidor kvar.

I bägge periferierna af snittet sparsamt urfall af nervtrådar.

De *Goll'ska strängarna* ljusare än vanligt med tydlig *degeneration;* talrika nervelement finnas dock ännu kvar mellan sådana som förlorat sina nervskidor.

Den *grå substansen intakt.*

Snitt omkr. 6 cm. nedom cervikalansvällningen.

Hela snittet brokigt genom de större och mindre skleroserna. Deras fördelning är oregelbunden. Skleroserna i framsträngarna sträcka sig äfven in i framhornen. I vänstra framsträngen finnes en större sådan, likaså intages den centrala hälften af de Goll'ska strängarna af en stor skleros. Resten af de Goll'ska strängarna lindrigt degenererade.

Pyramidbanorna föga angripna.

De främre hornen å bägge sidor i stor utsträckning angripna.

Snitt omkr. 14 cm. ofvanom ryggmärgens spets.

Snittet har betydligt olika utseende mot det förra. Hufvudsakligen den v. Goll'ska strängen sklerotisk, nästan i hela sin utbredning, den h. tämligen intakt. I närliggande snitt bägge strängarna oregelbundet sklerotiska. För öfrigt talrika små skleroser hufvudsakligen i den hvita substansen.

Bägge framhornen destruerade på en del snitt, å andra är nästan hela den grå substansen förändrad.

Snitt omkr. 11 cm. ofvanom ryggmärgens spets (bild 2).

Hufvudsakligen baksträngarna, så väl GOLLs som BURDACHs, oregelbundet sklerotiska. För öfrigt strödda smärre härdar. Framhornen och hela den grå substansen föga förändrad.

Snitt omkr. 7 cm. ofvanom ryggmärgens spets (bild 3).

Det bakersta segmentet af baksträngarna sklerotiskt. Den grå substansen ringa förändrad.

Lumbalmärgen (bild 4).

Enstaka smärre sklerotiska härdar i framsträngarna.

Grå substansen tämligen intakt, liksom baksträngarna.

Enstaka härdar i de utgående bakre nervfaskiklarna.

Cauda equina.

I de gjorda snitten inga större makroskopiska härdar, men väl under mikroskopet tämligen riklig degeneration af märgskidorna.

Hvita substansen. I nu omtalade större sklerotiska härdar färgas ej märgskidorna af Weigerts hematoxylin, däremot finnas i de mindre talrika nerver med mer eller mindre bibehållna nervskidor. För öfrigt

finnas *alla stadier och gradationer af degeneration* af nervskidorna, såsom bäst synes å längdsnitt. Men å karminpreparat visar sig, att *i allmänhet axelcylindrarna äro väl bibehållna*, under det att desssa i *vissa partier*, där förändringen är intensivast, hafva förlorat sin normala förmåga att färgas och äro *stadda i sönderfall* (bild 6).

Nevroglian är i de sklerotiska härdarna påfallande tätare samt kärnrikare, bestående af tätare balkar än å normala områden.

Grå substansen (bild 8). Förändringen har hufvudsakligen träffat de främre hornen och är mycket oregelbunden.

Gangliecellerna äro i dessa härdar dels fullständigt undergångna, dels partielt degenererade, förminskade till storlek och med atrofiska utskott. Därjämte talrika stjärnformiga celler, nybildade (?) nevrogliaceller.

Kärlen (bild 7) tyckas vid svagare förstoring vara mycket förtjockade, men blott i de sklerotiska partierna. Vid starkare förstoring ser man, att de äro utspända och fullproppade af blodkroppar, men att deras *väggar äro tunna* och als icke eller blott föga förändrade. Däremot finner man rundt omkring dem en riklig utvandring af levkocyter, af hvilka de flesta bibehållit sin form. Därjämte finnas spolformiga celler. Några celler innehålla små, ofta kantiga korn, som färgas svarta af Weigerts färgning (rester af märgskidor?).

Lymfskidorna äro starkt utspända.

Gangliecellerna förhålla sig helt olika i olika delar af ryggmärgen. Färgning efter methylén (efter NISSL), karmin o. s. v.

I *cervikaldelen* och *lumbalansvällningen* äro de på det hela *normala*. Det är endast undantagsvis, som man här träffar någon tydligen förändrad cell. De äro ock till antalet normala.

Däremot i *dorsalregionen* träffas i vissa snitt (såsom från öfre dorsalmärgen) särskildt i ena främre hornet knapt någon normal gangliecell eller enstaka normala jämte alla öfvergångar från normala till sådana, som blott utgöra en liten rundad skrumpen hop af korn. Sålunda finnas:

1) ansvälda celler med rundad något uppblåst kropp, bibehållen kärne med kärnkropp samt vackra utkott;
2) celler med väl bibehållen kropp med korta eller bleka utskott och bibehållen kärne och kärnkropp;
3) rundade kroppar utan utskott, men med bibehållen kärne.
4) rundade kroppar af korn utan kärne och utan utskott; samt
5) skrumpnade kornhopar. Äfven dessa kornhopar färgas af methylén.

Perifera nerver (osmium-preparat).

Nervus radialis dexter. *Stammen* håller dels normala talrika, dels lindrigt korniga nerver; dels finnes framskriden typisk degeneration, slutligen *tomma skidor*.

Perifer gren: flertalet nerver äro normala; i en del smala nervrör finnes en fin kornighet i märgskidan, såsom ett första tecken till degeneration, vidare tecken till periaxial nevrit.

Nervus rad. sin. *Stam:* hufvudsakligen normala och en del lindrigt korniga nerver.

Perifer gren: flertalet nervtrådar äro normala, enstaka såsom i h. radialis degenererade.

N. median. dexter. *Stam:* hufvudsakligen normala nerver, bitvis fullständig degeneration och tomma skidor.

Perifer gren såsom stammen.

N. median. sin. *Stam:* flertalet nerver äro normala, *enstaka* smala äro något korniga.

Perifer gren såsom stammen.

N. ulnaris dexter. *Stam* såsom n. radialis dexter, dock ej så riklig degeneration.

Perifer gren såsom radialis' stam; tämligen riklig degeneration.

N. ulnaris sin. *Stam:* mindre framskriden och mindre riklig degeneration.

Perifer gren: tämligen riklig och framskriden degeneration.

N. ischiadicus dexter. *Stam:* knapt några normala trådar finnas, rikligt sönderfall af nervtrådar.

Perifer gren såsom stam samt rikligt tomma skidor.

N. ischiadicus sinister. *Stam* såsom å höger sida.

Perifer gren såsom å höger sida.

Degenerationen är sålunda i nervi ischiadici så utbredd, att knapt några normala trådar finnas; i högra armens nerver är degenerationen relatift lindrig och ännu mer i vänstra armens nerver, ity att här de normala nervtrådarna vida öfverväga.

Sammanfattning.

En förut frisk 14-årig flicka insjuknade d. $^{17}/_{5}$ 1893 samtidigt med flere andra personer af hennes umgänge i en akut halsåkomma af tämligen lindrig art. På 2:dra dagen måste hon intaga sängen, på 5:te inträdde ilningar och myrkrypningar i benen, som darrade och kändes svaga. Ingen värk eller ömhet. På 6:te dagen kunde hon ej gå, och nu inträdde ock urinretention. Då hon på 7:de dagen intogs kunde hon dock ännu något stödja på benen, men de darrade, då hon låg eller satt.

D. $^{25}/_{5}$ var förlamningen nästan fullständig i benen, och bålen var anestetisk ända upp till bröstkorgsranden. D. 26 angreps äfven högra armen af svaghet, och anestesien gick på höger sida upp till 5:te interstitiet. Myrkrypningar i högra armen, men ingen anestesi. Patellarreflexerna något förstärkta, hvilket redan förut bemärkts.

D. $^{28}/_{5}$. Från kranialnerverna intet anmärkningsvärdt, utom att synen på vänstra ögat är betydligt nedsatt och ögonlocken ej så lätt lyftas; pupillerna stora med trög reaktion. Anestesi i bägge benen och bålen upp till bröstkorgen, å högra sidan ända till 5:te interstitiet. Alla sensibilitetskvaliteter betydligt nedsatta, doek minst värmesinnet, å det anestetiska området. Pares i högra armen och bukmuskler; paralys i benen; urinretention. Nu inga patellarreflexer. Muskulaturen slapp, atrofisk. Under de följande dagarna blef äfven vänstra armen svag; ptos å bägge ögonen. Hyperestesi i nedre delen af ansiktet och å högra armen. Rösten nasal, högra stämbandet mindre rörligt; halsens muskler förlamade. Nedsatt elektrisk retbarhet med långsamma kontraktioner, anestesi hos rectum.

D. $^{11}/_{6}$. Trombos i högra benet. I senare delen af juni förbättring af rörelsen i armar och ben. Sensibiliteten i benen börjar återkomma. Decubitus. Marasmus.

Juli: Tillstånd stationärt; slutligen bronkopnevmoni.

D. $^{4}/_{8}$. Död. Temperaturen växlade under hela tiden mellan 37—40° C.

Sektion. Talrika, strödda, sklerotiska härdar i hela ryggmärgens längd, minst dock i *cervikalmärgen*, där blott några små, knappnålshufvudstora härdar finnas, men därjämte en tydlig *sekundär degeneration af Golls strängar;* likaså äro *förändringarna* i *lumbalmärgen mindre utpräglade* än i *dorsalmärgen.* I denna senare äro *härdarna lika talrika som stora och oregelbundna.* I nedre delen intaga de hufvudsakligen de Goll'ska strängarna men på ett oregelbundet sätt; de finnas strödda öfver hela ytan, minst dock i pyramidsträngarna. De gripa ock öfver på den grå substansen i främre hornen. I dessa härdar äro nervtrådarna mer eller mindre fullständigt degenererade. Axelcylindrarna finnas ofta kvar, gränsen mellan sjuk och frisk väf är ingalunda skarp. I den grå substansen äro, där skleros finnes, de stora gangliecellerna mer eller mindre fullständigt förstörda, och väfnaden innehåller talrika nevrogliaceller och fibrillär bindväf. I de utgående nervernas rötter finnas liknande härdar. Kring kärlen riklig cellutvandring, kärlväggen själf oftast oförändrad. Processen synes ha spridt sig från dorsalmärgen uppåt och nedåt. Dessutom en utbredd och framskriden degeneration af benets nerver och ringa degeneration i armens nerver.

Epikris. Att den här föreliggande halsåkomman varit en lindrig difteri, framgår med all sannolikhet däraf, att flere af patientens umgänge samtidigt insjuknat, äfvensom af sjukdomens duration och sviter. Förlamningen liknade på det hela en difterisk. Förlamning af gom och larynx inträdde dock senare än af benen. Denna senare började mycket tidigt (på 5:te dagen), åtföljdes af ilningar men ej värk, såsom brukligt är vid difteri.

Men förlamningen skilde sig från den vanliga difteriska, genom att *patellarreflexerna först voro förstärkta* (senare borta) samt genom *blåsparalys*, genom den *utbredda anestesien* å bålens nedre två tredjedelar samt genom utbredningen af paralysen, som först angrep benen, senare de bulbära nerverna. På grund häraf var man *ej* berättigad att ställa diagnosen *polyneuritis utan myelitis*, om än de omtalade darrningarna till någon grad kunnat i sjukdomens början försvara diagnosen disseminerad skleros. En återgång i symptomen inträdde redan under juni, då sensibiliteten i benen förbättrades. Såsom sjukdomen artade sig, var man nödsakad ställa diagnosen: myelitis.

Sektionen visade åter en *sclérose en plaques* jämte *nevrit. Ett dylikt sektionsfynd synes ännu ej vara iakttaget efter en difteri.* Däremot finnas åtminstone *3 kliniska* fall af sclérose en plaques observerade efter difteri.

Fall 1. STADTHAGEN (Arch. f. Kinderheilk., bd V, hft. 1 & 2. Ref. in Neurol. Centralbl. 1884, s. 157). En 11-årig gosse genomgick i sitt 4:de år difteri, åtföljd af förlamning af gommen. Talet bibehöll sin nasala beskaffenhet. Gången var klumpig. Senare släpade han högra benet. Sedan 2 år (sålunda 5 år efter difterien) blef armen också svagare, och benet darrar. På sista tiden äro äfven vänstra armen och vänstra benet något svaga vid rörelser. Efter hand utbildade sig spastiska symptom från bulben, hvilka erinrade om en sclérose en plaques. *Intentionsdarrning* omnämnes *ej* (i referatet).

Fall 2. SCHOENFELD (T. Diss. Berlin 1888. Ref. i Neurol. Centralbl. 1888, s. 499). En 15-årig gosse genomgick difteri i sitt 9:de år. Kort därefter inträdde intentionsdarrning, pares, rubbning i gången o. s. v. Senare svindelanfall med talrubbning.

Fall 3. SCHOENFELD (anf. st.). En 11-årig flicka hade difteri vid 8 års ålder. Kort därpå uppträdde ungefär samma symptom som i förra fallet.

Vidare har RENDU meddelat ett fall af supponerad sclérose en plaques *efter angina tonsillaris.* Om den för handen varande peroneusförlamningen med stegrad patellarreflex m. m. beror på en dylik patologisk process, får dock anses ovisst.

Slutligen har ROLLAND meddelat ett *kliniskt* fall efter angina phlegmonosa.

Ifrån nämnda fall skiljer sig mitt genom, att i detta sclérose en plaques följer omedelbart efter difterien, hvarigenom dess omedelbara sambaud med difterien är så påtagligt.

Ökadt intresse få dessa observationer, därigenom att det helt nyligen lyckats ENRIQUEZ och HALLION att genom injektion af difteritoxiner framkalla hos 3 hundar »lesions radiculaires, hémorrhagies» och hos 2 af dem »foyers de myélite destructive sourtout dans la substance blanche». (CHARCOT, Traité de médic., tom. VI, s. 769). Dylika »radikulära» förändringar äfvensom härdar i hvita märgen finnas i nu meddelade fall.

Det meddelade fallet sammanbinder sålunda de omnämnda 3 kliniska fallen med experimentets resultat på ett vackert sätt och fyller därigenom en lucka.

Samtidigt sprider det ljus öfver etiologien till sclérose en plaques.

I detta hänseende är att märka följande:

Sklerosens samband med föregående sjukdomar synes nu mera vara höjdt öfver alt tvifvel; men vid granskning af talrika sjukdomshistorier finner man, att sklerosen sällan följt omedelbart på infektionssjukdomen; oftast förgå ej blott månader utan år, innan den typiska bilden af skleros framträder, hvadan dess sammanhang med infektionen ingalunda är så i dagen fallande som i föreliggande fall.

Att skleros ingalunda är en sällsynt sjukdom hos *barn* är visadt genom UNGERS, PIERRE MARIES och senast NOLDAS sammanställning af dylika kliniska fall, men ännu 1893 hade enligt STRÜMPELL och BRUNS detta ej blifvit patologiskt anatomiskt visadt; PIERE MARIE anför dock 1883 ett obduktionsfall. Ett dylikt bevis är dock betydelsefullt, då diagnosen på denna sjukdom intra vitam, som kändt är, måste anses rätt osäker.

Särskildt intresse får detta fall såsom ett fall af *akut skleros*. Såsom allmänt kändt är, uppstår ofta sklerosen akut, men förlöper sedan kroniskt; och såsom subakuta betecknar man i regel fall, som aflöpa inom ett par år. *Akuta fall*, som kommit till sektion inom några månader efter uppkomsten, *äro ytterst sällsynta*, om ens kända.

Då man erinrar sig att i mitt fall sjukdomen inträdde omedelbart efter difterien, och att ENRIQUEZ och HALLION genom insprutning af difteritoxiner lyckats framkalla härdar af myelit i den hvita substansen, så blir sklerosens samband med spridning af toxiner i högsta grad sannolikt, om än ett dylikt samband synes förnekas af en del författare (v. JAKSCH, Neurol. Cbl. 1895, s. 949). Och denna sannolikhet ökas därigenom, att

här äfven en utbredd *nevrit* förelåg, då ju nevriter ofta orsakas af toxin-inverkan.

I *kliniskt* hänseende är som bekant sklerosens diagnos faktiskt ganska osäker. Många fall som i kliniskt hänseende varit de tydligaste typer för skleros, ha vid sektion ej visat någon disseminerad skleros — detta är en allmänt känd sak. Föreliggande fall företedde inga tecken till skleros, men väl bilden af en *myelit.* Frånvaron af patellarreflexer (och följaktligen dorsalklonus), den utpräglade paralysen, som var förenad med fullständig anestesi, blåsförlamningen, frånvaron af ataxi och psykiska fenomen — alt talade mot skleros en plaques. Icke desto mindre anträffades en dylik vid sektion. Af intresse är, att patellarreflexen första dagarna var förstärkt. På grund häraf uteslöts tanken på en nevrit. Processen har altså säkert börjat i dorsalmärgen och senare spridt sig uppåt samt nedåt till lumbaldelen. Senare minskades anestesien, oaktadt den svåra nevriten i nervus ischiadicus, i hvilken nästan alla nervtrådar voro degenererade.

Orsaken till att patienten företett bilden af myelit, ligger ock sannolikt ej i utbredningen eller beskaffenheten af de disseminerade härdarna utan dels i sjukdomens exkvisit akuta art, dels i degenerationen af de perifera nerverna. Liksom dess uppkomst berott på de säkert rikliga toxinerna, så visar temperaturen, att sjukdomen hela tiden varit en akut infektionssjukdom, orsakad af fortgående inverkan af toxiner, hvilkas verkan dock efter hand blef alt svagare — en återgång af symptomen inträdde redan från juni månad.

Under ett dylikt stadium måste man antaga här, liksom vid andra analoga sjukdomar, t. ex. poliomyeliten, att det sjukliga agens inverkar både lokalt destruerande eller inflammerande och funktionelt förlamande på hela ryggmärgssnittet.

Dylika fall af skleros, som förete bilden af myelit, har jag redan förr mött.

I *patologiskt-anatomiskt* hänseende sprider fallet äfven ljus öfver flere omstridda punkter.

Först låter den frågan uppställa sig, om nu beskrifna fall verkligen är en skleros en plaques. Därom är emellertid intet tvifvel. Härdarnas form, läge, utbredning, alt öfverensstämmer. Vid Weigerts färgning ser man in i dessa härdar ej spår af nerver, i kanterna åter lemningar af dem, men vid karmin-

färgning framträda talrika axelcylindrar, hvaremot på vissa områden sådana saknas. Axelcylindrarna äro ännu omgifna af en ljus zon, något smalare än det område märgskidan intar. Af skidan finnes altså ännu spår anatomiskt, men den har kemiskt förändrats; den färgas ej mer af hematoxylin; axelcylindern har vanligt utseende eller är omvandlad till en kornig massa, som ej låter sig färgas.

På senaste år hafva flere forskare (M. POPOFF å FLECHSIGS laboratorium, BIKELES å Obersteiners) påvisat, att mången gång axelcylindrar saknas inom de sklerotiska härdarna, och att de olika anatomiska bilderna sannolikt representera olika stadier och bero på olika intensitet af sjukdomen. Att skilja dylika fall, där axelcylindrarna saknats, såsom en »forme sclérose multiloculaire diffuse» (Traité de médicine, tom VI, s. 368) synes altså mindre berättigadt, och detta vinner stöd genom mitt fall.

I afseende på *patogenesen* kämpa *tre teorier* om herraväldet. Några (ADAMKIEWICZ m. fl.) se i sklerosen en »primär parenkymatös process», andra (CHARCOT m. fl.) anse sönderfallet bero på en interstitiel process — den förökade neuroglian hindrar genom sitt tryck nervernas nutrition, under det slutligen flere (POPOFF, FÜRSTNER m. fl.) hylla en *vaskulär teori*, sönderfallet beror på en förändring af kärlen, som ger sig tillkänna genom förtjockning eller cellinfiltration af väggarna med efterföljande förtjockning.

Författarne af de olika teorierna andraga hvar och en till stöd för sin teori fakta, hvilkas aktualitet man ej eger rätt att betvifla, iakttagna som dessa fakta blifvit af samvetsgranna forskare. Utan att söka ingå i en närmare granskning af alla *för* och *mot*, hvilket skulle föra för långt, får jag endast framhålla, att i föreliggande fall kärlen voro rikligt blodfylda men *tunnväggiga* och kring dem funnos rikligt levkocyter.

Erinrar man sig, att myelitiska härdar kunnat framkallas hos hundar genom injektion af difteritoxiner, och att detta akuta fall af skleros uppstått omedelbart i anslutning till en difteri, så återstår väl ej tvifvel, att toxinerna orsakat sklerosen. Huru verka nu dessa? Vi känna, att de 1) inverka på kärlen, 2) underlätta och orsaka diapedes af levkocyter, 3) framkalla nekros af celler och parenkymatösa delar, samt 4) förändra interstitiel väf på sätt vid inflammation sker.

Alla dessa förändringar förefinnas nu i detta fall af skleros, utom möjligen regeneration, och de äro för öfrigt anträffade i fall af skleros (POPOFF), men än framträder den ena än den andra förändringen mera påfallande (REDLICH), alt efter intensitet och kronicitet af intoxikationen. Härigenom förklaras lätt alla de skilda stadier af degeneration och regeneration samt inflammatorisk reaktion, som uppträda. Är processen mera akut öfverväger degenerationen eller nekrosen och utvandringen af levkocyter; i kroniska fall åter den af den kroniska intoxikationen orsakade kärlförtjockningen. Och då nu sklerosen tydligen ofta kliniskt karakteriseras af akuta exacerbationer, så står detta i full öfverensstämmelse med att anatomiskt förefinnas i samma ryggmärg härdar af olika utseende.

De olika teorierna kunna altså sammansmältas genom antagande af, att toxinet inverkar på alla dessa väfnader, som i olika stadier förete olika bilder. Sklerosen är altså en form af inflammation.

Vidare förtjänar påpekas den partiela *uppstigande degenerationen af Golls strängar* i halsmärgen, som ock förr iakttagits i subakuta eller rättare subkroniska fall, och som ytterligare visar, att axelcylindrarna verkligen försvunnit, ehuru blott delvis.

Till sist må framhållas, att sklerosen var komplicerad med en lindrig *nevrit* i armarnas nerver och med en långt gången och utbredd nevritisk degeneration i bägge ischiadici och deras grenar. Anmärkningsvärdt är därvid, att oaktadt denna degeneration äro dock de stora gangliecellerna i lumbalmärgens framhorn mikroskopiskt ej förändrade. Vi hafva därför här för oss det säkert sällsynta exemplet på en så långt framskriden degeneration i motoriska nerver, att man ej mer kan upptäcka några normala trådar, utan att de motsvarande motoriska cellerna afficierats. Näppeligen kan detta förklaras på annat sätt, än att axelcylindrarna i allmänhet kvarstodo, oaktadt nervskidorna förstörts.

Uppträdandet af denna nevrit talar i hög grad för att processen i ryggmärgen orsakats af toxiner.

Resumé.

Nu meddelade fall företer följande egendomligheter och föranleder följande slutsatser:

1) Det är ett sällsynt fall af *sclérose en plaques*, *kombinerad med nevrit*, *efter difteri*.
2) Det är ett *akut* fall, hvartill nästan saknas motstycke.
3) Dylik skleros är ännu knapt bevisad anatomiskt *hos barn*.
4) Det visar kliniskt bilden af *myelit*, förklarligt genom dess akuta förlopp och genom närvaron af nevrit.
5) Det visar *sambandet mellan infektionssjukdomar och skleros* tydligare än andra fall.
6) Det förklaras *kliniskt*, sammanstäldt med andra fakta, lättast genom antagande af *toxinverkan*.
7) Det visar *anatomiskt bilden af en inflammation* och blir ett anatomiskt stöd för, att det primära vid de olika formerna af skleros är att söka i toxinernas inverkan på väfnaderna.
8) Utom sklerosen i ryggmärgen förefinnes en *lindrig nevrit i armarnas nerver* och *en fullständig degeneration i bägge benens nerver*.

Efterskrift.

Efter nedskrifvande af förestående uppsats har en uppsats: Recherches experimentales sur les alterations du Système nerveux dans les paralysies diphtériques par I. Crocq fils, Paris 1896, kommit mig tillhanda, hvilken är af särskildt intresse för ofvan afhandlade fall.

D:r Crocq har vid inokulation af de Löfflerska bacillerna eller insprutning af det bacillfria difteritoxinet hos kanin framkallat förlamningar, som börjat i bakre extremiteterna, stundom redan på 2:dra dagen, och sedermera äfven angrep de främre. Vid sektion har han anträffat dels nevriter, dels förändringar i ryggmärgens grå substans, som han kallar myeliter, och som

karakteriserats af först ansvällning och sedermera degeneration af gangliecellerna samt proliferation af neuroglian och af ependymcellerna.

Den hvita substansen var endast undantagsvis förändrad. I dessa fall uppträdde här degeneration af nervtrådarna och hyperplasi af neuroglian. Om kärlens beskaffenhet talas föga.

Dessa förändringar äro altså likartade med dem, som ofvan skildrats, ehuru i mitt fall förändringarnas lokalisation varit en annan, och dessa undersökningar af d:r Croçq stödja således i hög grad de åsikter, som ofvan uttalats.

Literatur.

Några af de viktigaste arbetena om skleros, och som här ofvan anförts äro:

1883. PIERRE MARIE: De la sclérose en plaques chez les enfants. Revue de médecine, 1883, s. 536.

1884. PIERRE MARIE: Sclérose en plaques et maladies infectieuses. Progrès médicale, 1884, n:r 15, 16, 18, 19.

» FR. SCHULTZE: Über das Verhalten der Axencylinder bei der multiplen Sklerose. Neurol. Cbl., 1884, s. 195.

1885. BABINSKI: Recherches sur l'anatomie pathologique de la sclérose en plaques o. s. v. Arch. de physiol. et pathol., 1885, s. 186.

1887. UNGER: Über multiple Sklerose im Kindesalter. Wien 1887.

1888. CRAMER: Beginnende multiple Sklerose und akute Myelitis. Arch. de psych., 1888, s. 667.

1889. WERDING: Ein Fall von disseminirter Sklerose des Rückenmarks verbunden mit sekundären Degenerationen (Med. Jahrb., N. F., 1888).

» ROLLAND: Un cas de sclérose en plaques etc. Méd. des asiles »John Bort». Bordeaux 1889. Ref. Neurol. Cbl., 1889, s. 430.

1891. NOLDA: Bemerkungen über Sclerosis cerebrospinalis im Kindesalter und deren Beziehungen zu akuten Infektionskrankheiten. Cbl. f. Schweizer Ärzte, 1891, 1 mars.

1893. STRÜMPELL und BRUNS. Neurol. Cbl., 1893, s. 662.

1894. M. POPOFF: Zur Histologie des disseminirten Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Neurol. Cbl., 1894, s. 321.

1895. FÜRSTNER: Über multiple Sklerose. Neurol. Cbl., 1895, s. 615.

» HUBER: Zur patholog. Anatomie der multiplen Sklerose des Rückenmarks. Virch. Arch., bd CXL.

» SHARPLESS: A contribution to the pathology of the spinal cord in divers palsy. Journ. nerv. and mental diseas, 1894, s. 636.

» BIKELES: Ein Fall von multipler Sklerose mit subakutem Verlaufe. Arbeit. aus Obersteiners Labor., Wien 1895.

1895. REDLICH: Zur Pathologie des multiplen Sklerose. Neurol. Cbl., 1895, s. 948.

» v. JAKSCH: Anf. st., s. 949.

Om difteri-paralysi:

1878. DEJERINE: Congrès méd. internat. de Genève.

1885. MENDEL: Neurol. Cbl., s. 133.

1892. STOCKHAUS: Virch. Arch., bd CXXIV, hft. 2.

» AUERBACH: Deutsche med. Woch., 1892, s. 165.

» ARNHEIM: Neurol. Cbl., 1892, s. 319. Arch. f. Kinderheilk., bd XIII.

1893. EDGREN: Deutsche med. Woch. 1893, n:r 36.

» HENOCH: Neurol. Cbl., 1893, s. 208.

» SEIFERT: » » » s. 113 ff.

1894. BIKELES: » » 1894, s. 559. Arb. aus Labor. von Obersteiner, 1894.

1895. PREISZ: Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1894, VI. Neurol. Cbl., 1895, s. 264.

Förklaring af taflan.

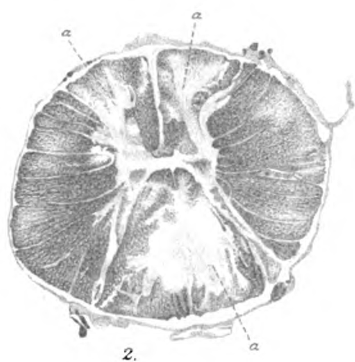
Snitt 1—5 äro 6 gånger förstorade. Öfriga snitt tecknade vid Zeiss, ok. 4, obj. 4 mm.

Bild 1. Snitt från cervikalmärgen. Degeneration af Golls strängar (*a*).
» 2. Snitt från dorsalmärgen (omkring 11 cm. ofvanom ryggmärgens spets).
» 3. Snitt från nedre dorsalmärgen (omkring 7 cm. ofvanom ryggmärgens spets).
» 4. Snitt från lumbalansvällningen.
» 5. Längdsnitt från nedre dorsalmärgen.

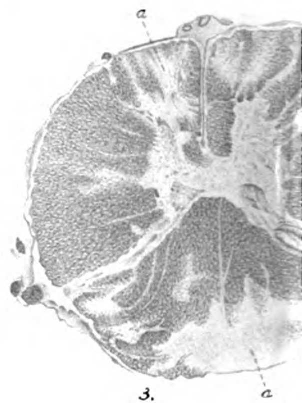
I snitt 1—5 beteckna de hvita fläckarna (*a*) de sklerotiskt förändrade härdarna.

Bild 6. En dylik »plaque». Märgskidorna saknas i centrum (*a*) = det hvita partiet. Weigerts färgning.
» 7. Ett kärl (*a*) från ett sklerotiskt parti. Det perivaskulära rummet (*b*) fyldt af levkocyter. Väfnaden för öfrigt kärnrik.
» 8. Från den grå substansen i främre hornet, utvisande de degenererade stora gangliecellerna (*a*) och rikligt med stjärnformiga celler (*b*) (nevrogliaceller) och fibriller.

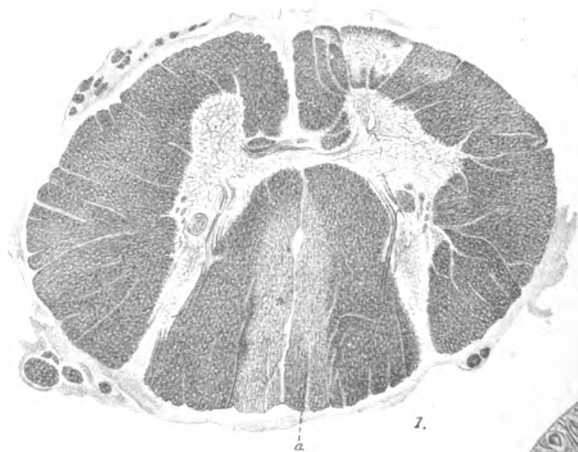
Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.



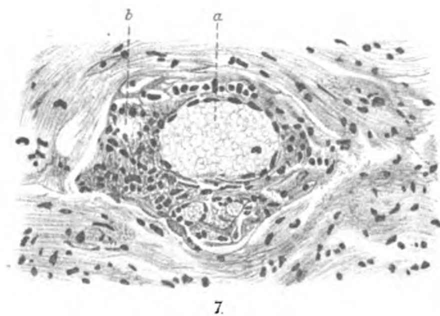
2.



3.



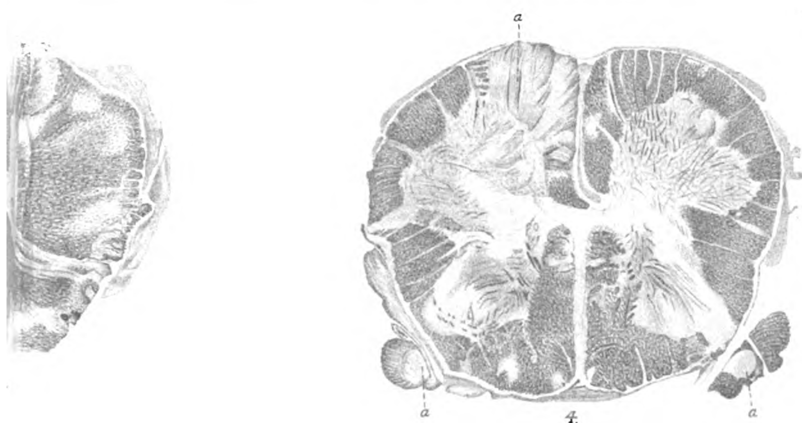
1.



7.



8.

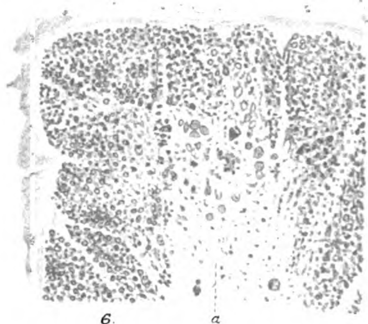


4.



5.





6.

_der lith.

W. Schlachter Stockholm

Obstetricisk-gynäkologisk Literaturoversigt [1] for 1895.

Af

Dr. med. LEOPOLD MEYER
i Köbenhavn.

Svangerskab. Hvad angår Diagnosen tidligt i Svangerskabet, omtaler HEGAR (Freiburg): *Diagnose der frühesten Schwangerschaftsperiode* (D. med. W. 1895, Nr 35, S. 565—67), at det i flere Tilfälde er lykkedes ham ved Siden af Påvisningen af det efter ham benävnte Svangerskabstegn, som han vil have kaldet Kompressibilitet, ikke simpelthen Blödhed af nederste Del af corpus, også at folde Väggen af den gravide uterus. Han kan dog endnu ikke angive, om dette Svangerskabstegn allerede findes i de förste to Måneder.

Om Stoffers Overgang fra Moder til Foster foreligger der for det förste nogle Meddelelser om Morfin og Sukker. Angående Morfin har BUREAU påvist Morfin i Navlesnorsblodet fra et fuldbåret Barn, födt af en Kvinde, der havde väret Morfinist de sidste 7 År, og som brugte 1 Gm Morfin daglig (Mercredi méd. 1895, Nr 31. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 51, S. 1359). HEINRICH LUDWIG har på CHROBAKs Klinik i Wien fundet Druesukker i Fostervandet fra en Diabetiker: *Ein Beitrag zur Pathologie des Fruchtwassers* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 11, S. 281—84). Pat. fik mod Svangerskabets Slutning akut hydramnios. Hun havde frembudt Symptomer på diabetes i 2½ År. Ved Svangerskabets Slutning var Sukkerprocenten omtr. 3 med en daglig Urinmängde af 2500—3000. Der udtömtes 4 Liter Fostervand. Fosteret stärkt macereret; 3900 Gm. Ved anti-

[1]) Da den nordiske Literatur må antages at väre Läserne bekendt dels gennem de lokale Tidsskrifter, dels fra Referaterne i »Nord. med. Arkiv» og andensteds, vil den kun blive omtalt, for så vidt vedkommende Afhandling bidrager til at belyse et i Oversigten udförligere behandlet Ämne, eller når andre, lignende Grunde tale derfor. — Mskpt. afleveret 8de April.

diabetisk Kost bedredes Tilstanden hurtigt efter Födselen; ved Udskrivningen 10de Dag var Sukkerprocenten kun 0,1 med en Diurese på omtrent 3000. I Fostervandet fandtes 0,3 % Sukker. Hvad särligt Overgangen af Bakterier angår, findes der flere interessante Iagttagelser. Således have BAR og RÉNON (Paris) meddelt nogle nye Undersögelser angående Tuberkulose hos Fosteret: *Présence du bacille de Koch dans le sang de la veine ombilicale de foetus humains issus de mères tuberculeuses* (Sem. méd. 1895, Nr 34, S. 289). De havde hos 5 Börn, födte af tuberkulöse Mödre, opsamlet noget Blod fra Navlesnorsvenen og injiceret det på Marsvin. I 3 Tilfälde fik de negativt, i 2 positivt Resultat. I bägge Tilfälde syntes placenta normal. Det ene Barn var dödt Dagen för Födselen. Ved Sektionen af det fandtes ingen Tegn til Tuberkulose, og man fandt ingen Baciller i Organerne; men et Marsvin, på hvilket der injiceredes Miltpulpa, fik Tuberkulose, udgående fra Injektionen. Det andet Barn var levende födt, döde 4de Dag. Ved Sektionen fandtes Bronkopnevmoni. Bägge Mödre lede af tuberc. pulmon. Om Tyfusbacillers Overgang findes en udförlig Meddelelse af H. W. FREUND og E. LEVY (Strassburg): *Ueber intrauterine Infection mit Typhus abdominalis* (Berl. kl. W. 1895, Nr 25, S. 539—42). En 24-årig Kvinde, der havde födt 2 Gange normalt, fik i 5te Måned af sit 3dje Svangerskab febr. typhoidea. Tilfäldet typisk, middelstärkt. I 4de Uge, da Temperaturen själdent var over 38,5°, udstödtes temmelig pludseligt Fosteret under stärk Temperaturstigning og Akceleration af Pulsen. Efterbyrden fulgte uden synderlig Blödning. Decidua lösnedes med Fingeren og udtoges in toto. Da Temp. 3 Timer p. p. endnu var 38,6°, gaves 0,40 Kinin; 3 Timer herefter var Temp. falden til 36°, 4 Timer herefter endog 35°. I övrigt forlöb Puerperiet normalt, uden at dette eller den tyfoide Feber udövede nogen ugunstig Virkning på hinanden. Fosteret levede, men döde strax. Det og Efterbyrden samt decidua opfangedes i en steril Glasskål. 20 Min. p. p. anlagdes Kulturer af Miltsaft, Hjärteblod og placenta. Fra förstnävnte og sidstnävnte kom der sparsomme Kolonier af ägte Tyfusbaciller (med de som karakteristiske ansete Skelnemärker fra b. coli comm.); ved at dyrke et Stykke Milt i Bouillon i 12 Timer ved 37° fik man herfra talrige af disse Kolonier. I övrigt fremböd Fosteret intet abnormt, undtagen at Milten var lidt forstörret; särlig fandtes intet abnormt i dets Tarmkanal. Heller ikke i placenta eller decidua fandtes noget abnormt. Forff. slutte heraf, at den tyfoide Feber ikke har fremkaldt nogen endometritis, og at det er gådefuldt, hvad der har bevirket Fosterets Udstödning. De mene tillige, at Bacillerne ere trängte gennem den uskadte placenta, da de ikke have fundet Hämorragier eller andre Forandringer; men da de mikroskopisk kun have undersögt et mindre Segment af placenta, holder denne Påstand näppe Stik. Overgangen af Streptokokker er påvist af BIDONE (Teratol. Quarterl. contribut. to intraut. pathol. Octb.—Decb. 1894. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 30, S. 840). Moderen led af erysipelas, endocarditis og purulent peritonitis med Leverabsces; i Blod og pus fandtes Streptokokker. Fosteret döde strax efter Födselen. I Navlesnorsblodet fandtes Streptokokker, og sådanne fandtes også i

endokarditiske Belägninger hos Fosteret. At også den ved Influenza så hyppige Afbrydelse af Svangerskabet i alt Fald til Dels beror på Sygdomsstoffers Overgang til Fosteret, er vel sandsynligt; men den ved Influenza, som det synes, hyppige endometritis spiller sikkert også en Rolle i denne Henseende. Undersögelser om Influenzaens Virkning på de kvindelige genitalia meddeles af RUDOLF MÜLLER (München): *Weitere Beobachtungen bezüglich des Einflusses der Influenza auf den weiblichen Sexualapparat* (Münch. med. W. 1895, Nr 41, S. 952—54). Forf., der allerede tidligere har offentliggjort Undersögelser om dette Spörgsmål (se Literaturovers. Bd 8, S. 109), har nu i alt iagttaget Forholdene hos 157 Patienter. Af disse vare 21 gravide, og hos ikke mindre end 17 af disse afbrödes Svangerskabet (i 1 af disse Tilfälde var Födselen dog muligvis rettidig). Lokkierne holdt sig påfaldende länge blodige. Hos de övrige 136 fandtes med Undtagelse af 3 Tilfälde en Påvirkning af Sexualorganerne, navnlig i Form af Meno- og Metrorragier; ligeledes iagttoges Forvärrelse af forud tilstedevärende Lidelser i Genitalorganerne.

Et meget interessant Bidrag til Lären om Svangerskabsnefriten ydes af JOSEPH GOSSMANN (München): *Zur Casuistik der typischen Schwangerschaftsniere* (Münch. med. W. 1895, Nr 26, S. 597—98). Forf. meddeler fra Privatpraxis et Tilfälde, hvor en Kvinde i sit 5te til 13de Svangerskab, altså 8 Gange (deraf dog kun de 3 sidste sikkert iagttagne) fik Albuminuri i höjeste Grad med Ödemer, Åndenöd o. s. v., og hvor Albuminurien hver Gang svandt hurtigt og fuldständigt efter Födselen og först kom igen i 6te—7de Måned af näste Svangerskab. De fleste af de 8 Börn dödfödte, det 13de levede dog og blev i Live, og placenta viste ikke det ringeste Infarkt. — Angående Spörgsmålet om, hvor vidt nephritis i Svangerskabet afgiver Indikation for kunstig Afbrydelse af Svangerskabet, belyses dette fra en enkelt, vigtig Side af P. SILEX (Berlin): *Ueber Retinitis albuminurica gravidarum* (Berl. kl. W. 1895, Nr 18, S. 385—89). Stöttet til et forholdsvis stort Materiale, deriblandt 16 längere Tid iagttagne Tilfälde, tilråder Forf. bestemt at afbryde Svangerskabet, så snart der hos en gravida med Albuminuri opträder Synsforstyrrelser, og i alt Fald så snart Undersögelsen med Öjenspejlet viser om end nok så ringe Karforandringer.

Vende vi os nu til större Underlivsoperationer i Svangerskabet, da meddeler FERDINAND MAINZER (LANDAUs Klin., Berlin): *Die doppelseitige Ovariotomie bei Schwangeren* (Münch. med. W. 1895, Nr 48, S. 1117—19) et Tilfälde af dobbeltsidig Ovariotomi i Svangerskabet (5te Måned) og har fra Literaturen samlet 17 andre Tilfälde. 1 Moder döde; 3 Gange kom der Abort, 2 Gange partus præmat., i det ene Tilfälde 7 Uger, i det andet 4 Måneder p. o., 11 Gange rettidig Födsel. Den af FEHLING udtalte Frygt for, at dobbeltsidig Ovariotomi skulde väre kontraindiceret i Svangerskabet, da man måtte vänte en Afbrydelse af dette på Grund af den i Tilslutning til dette Indgreb i Regelen fölgende Blödning fra uterus, viser sig således at väre ugrundet.

En meget själden Indikation for Laparotomi i Svangerskabet, nemlig et Skudsår med Läsion af Tarmene og uterus, forefandtes i et Tilfälde, der meddeles af ALBARRAN (Paris): *Plaie pénétrante de l'abdomen chez une femme enceinte; laparotomie; guérison* (Sem. méd. 1895, Nr 12, S. 95). Forf. fik den 19-årige Pat. under Behandling 5½ Time efter, at hun havde fået et Revolverskud i Underlivet. Hun havde da kun haft en enkelt Opkastning, men var fuldständig kollaberet. Ved Laparotomi fandtes 4 Sår i Tyndtarmen, af hvilken 20 Cm. resecereredes. Et 5te Tarmsår lukkedes ved Sutur ligesom et Skudsår i Mesenteriet, hvorfra stärk Blödning. Endnu fandtes i fundus af uterus, der var gravid i 5te Måned, et lille Sår, hvorigennem en Navlesnorsslynge prolaberede. Denne resecceredes, Stumpen reponeredes, og Såret lukkedes med Sutur. Lukning af Underlivet uden Dränage. Abort Dagen efter; Helbredelse.

SNEGNIREFF (Moskwa) meddeler et Tilfälde af Enukleation af et mere end knytnåndstort, subseröst, intraligamentärt udviklet Fibromyom i Svangerskabets 6te Måned, uden Afbrydelse af Svangerskabet: *Ablation des fibromes de l'utérus par la laparotomie d'après la méthode de Doyen* (Ann. de gyn., Mai 1875, S. 361—76). I et andet Tilfälde måtte han i Svangerskabets 5te Måned fjärne hele uterus sammen med Svulsten; Helbredelse.

Hvad i det hele Spörgsmålet om Fibromyomernes Betydning for Forplantningsprocessen angår, da har LUDWIG KLEINWÄCHTER (Czernowitz), stöttet til et betydeligt Materiale, prövet Rigtigheden af de af HOFMEIER hävdede Anskuelser, at Fibromyomerne ikke have synderlig Betydning som Sterilitetsårsag, og at de kun rent undtagelsesvis give Anledning til Vanskeligheder i Svangerskab, Födsel eller Barselsäng (se forr. Literaturovers., S. 4): *Uterusmyom und Gestation* (Z. f. G. u. G. 32. 2, S. 206—29). Hvad angår det förste Punkt, Forholdet mellem Fibromyomer og Sterilitet, slutter han sig ganske til HOFMEIER, medens han er tilböjelig til at antage, at denne har set for optimistisk på Fibromyomernes Forhold under Födselen.

Et af de själdne Tilfälde af travmatisk Ruptur af uterus i Svangerskabet meddeles fra HOFMEIERs Klinik i Würzburg af REUSING: *Ein Fall von traumatischer Uterusruptur in der Schwangerschaft* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 2, S. 41—46). Den sunde, 23-årige primigravida var i Svangerskabets 8de Måned styrtet ned fra en omtr. 4 Meter höj Lade. Hun var falden på Födderne, dernäst på Knäene. Hun var forholdsvis meget lidet medtagen. Den näste Dag indbragtes hun på kirurgisk Afdeling, overlagdes så til den gynäkologisk-obstetriciske Afdeling, hvor der den fölgende Dag i Narkose fandtes Tegn til ruptura uteri. Ingen Blödning per vaginam. Dagen efter Laparotomi; Fosteret og en Del Blod i Bughulen. Placenta tamponerede Riften, der gik gennem hele Forfladen af fundus. Efter at placenta og Äghinder vare fjärnede og Riftens Rande glattede, sutureredes Riften som et Kejsersnitssår. Glat Helbredelse. Der gjordes ingen mikroskopisk Undersögelse af Uterinmuskulaturen; men Forf. mener ikke, der foreligger nogen Grund til at antage, at den ikke har väret sund; i 3 andre Tilfälde fra de senere Års Literatur synes også

den travmatiske Ruptur af den gravide uterus at väre opstået uden Prädisposition i dennes Muskulatur.

En ejendommelig Svangerskabslidelse beskrives af A. GEYL (Leyden): *Zum Oedema acutum cervicis uteri gravidi, parturientis s. puerperalis intermittens* (Samml. klin. Vortr., N. F., Nr 128). Lidelsen har navnlig väret beskreven af GUÉNIOT; Forf. selv har tidligere meddelt et herhen hörende Tilfälde og har nu atter iagttaget et nyt. Som Navnet angiver, drejer det sig om en i Svangerskabet (själdent i Födselen eller i Barselsängen) pludselig opstået Svulst af cervix uteri, der präsenterer sig foran vulva. Fra den akute Prolaps eller Ödem i en bestående Prolaps skelnes Lidelsen ved, at den giver meget ringe Symptomer, at den opstår ved en forholdsvis ubetydelig Lejlighedsårsag og ved, at den svinder spontant ved simpelt Rygleje. Den akute Prolaps medförer altid alvorlige Symptomer og förer nästen stedse til kronisk Prolaps. Ved Ödem af collum ved forud bestående Prolaps svinde Tilfäldene ikke som ved det akute Ödem. Ved dette er det vel også Regelen, at lacunaria findes dybtstående; men dette skyldes måske Ödem af det paracervikale Bindeväv. Lidelsen kan gentage sig flere Gange i samme Svangerskab, men behöver ikke atter at indfinde sig i följende Svangerskaber. Terapien bör väre meget tilbageholdende: Rygleje i Sängen med hävet Bäkken; man kan göre lette Repositionsforsög, men bör ikke forcere disse.

Födselen. Vi skulle begynde med en kort Omtale af nogle nyere Arbejder om den mikroskopiske Bygning af mola hydatidosa, särlig et större Arbejde af F. MARCHAND (Marburg): *Ueber den Bau der Blasenmola* (Z. f. G. u. G. 32. 3, S. 405—72). Forf. giver en nöje Beskrivelse af et Tilfälde af mola hydatidosa, hvor denne endnu fandtes i uterus, idet Patienten döde uforlöst af Anämi. Vi kunne ikke her give et Referat af de interessante mikroskopiske Undersögelser, men må nöjes med följende korte Bemärkninger og i övrigt henvise til Originalafhandlingen. Det väsentlige ved Moladannelsen ser M. i Forandringer i Epitelbeklädningen af villi, idet det yderste Lag (Synkytium) degenererer, det indre Lag (Cellelaget) hypertrofierer. Den efter M's Mening normalt (omtr. i 3dje Måned) stedfindende Indvoxning af Klumper af Villiepitel i decidua, hvor da Synkytium svinder, medens Cellelagets Celler nå en betydelig Udvikling, finder i excessiv Grad Sted ved Moladannelsen, så at decidua serotina for en stor Del går til Grunde. I dette Forhold ser M. også Grunden til, at det såkaldte maligne Deciduom forholdsvis hyppigt forudgås af en mola hydatidosa, idet han betragter denne Svulstform som väsentlig dannet af de fra Epitelbeklädningen på villi stammende Celler; at Deciduomet også kan forekomme uden Hydatidedannelse, beror imidlertid på den ovenfor nävnte, i Fölge M. normale Indvoxning af disse Celler i decidua. Selve Hydatidedannelsen skyldes Degeneration af Vävet i villi som Fölge af Synkytiets abnorme Tilstand. Uden Kendskab til M's Arbejde er LUDWIG FRAENKEL ved Undersögelse af 11 molæ hydatid. fra HEGARs Klinik i Freiburg nået til tilsvarende Resultater: *Die Histologie der*

Blasenmolen und ihre Beziehungen zu den malignen von den Chorionzotten (Decidua) ausgehenden Uterustumoren (A. f. G. 49. 3, S. 481—507). Navnlig har han fundet en tilsvarende Proliferation af det LANGHANS'ske Cellelag; men da han ikke har undersögt molæ i Sammenhäng med uterus, har han ikke kunnet få Forholdet til decidua så klart frem som M.

Et Tilfälde af såkaldet destruerende mola hydatidosa med Perforation af uterus, med Held behandlet med Laparotomi og Totalexstirpation af uterus (vist nok det 1ste heldige Tilfälde), meddeles af CHRISTOPHER MARTIN (Birmingham): *Spontaneous perforation of pregnant uterus* (Brit. med. j. $^{2}/_{11}$ 95, S. 1128—29). Pat. var en primigravida i 3dje Måned. Hun var fuldständig rask, indtil der kom Symptomer på Abort, forudgåede af en Dags Kvalme og Diarré. En Läge fjärnede en hydatidemola fra vagina, »men indförte ikke Instrumenter i uterus». Da M. nogle Timer senere så Patienten, var hun kollaberet med alle Tegn på indvendig Blödning. En i uterus indfört Finger fölte ikke Perforation. Der skredes strax til Laparotomi, ved hvilken Underlivet fandtes fuldt af Blod. På höjre Side af Forfladen af corpus uteri fandtes en valnödstor, höjröd Prominens, på hvis Top der var en lille, rund Perforation, hvorigennem en Dusk vesikulöse villi chorii ragede ud. Uterinväggen omkring Perforationsåbningen var undermineret og infiltreret med villi. M. gjorde strax Totalexstirpation af uterus. Skönt Pat. var meget medtagen, kom hun sig.

Angående Eklampsien og särlig om dennes Patogenese er der fremkommet nogle Arbejder af Betydning. Särlig må fremhäves en på CHROBAKs Klinik i Wien foretagen Undersögelsesräkke over Urinens og Blodets Giftighed hos eklampticæ, anstillet af HEINR. LUDWIG og RUDOLF SAVOR: *Experimentelle Studien zur Pathogenese der Eklampsie* (M. f. G. u. G. 1, S. 447—73). Ved at sammenligne Blodserums og Urins Giftighed hos normale födende og hos eklampticæ have de fundet, at i det konvulsive Stadium af Eklampsien er Urinen mindre giftig, Blodserum derimod langt giftigere end hos normale födende; og de have end videre i flere Tilfälde kunnet påvise en tiltagende Giftighed af Urinen i det efter Anfaldene fölgende Stadium, hvad ikke för er iagttaget, medens förste Del af deres Undersögelsesresultater stemmer overens med, hvad CHAHBRELENT og TARNIER have fundet. End videre have de fundet, at Urinen i det hele er mindre giftig, Blodserum mere giftigt hos svangre end hos ikke svangre. De slutte heraf, at den svangre Organisme er mättet med de giftige Slutningsprodukter af Stofskiftet eller i alt Fald er tilböjelig til en Overfyldning med dem. Ved Eklampsien må man da antage, at nogle af disse Stoffer, der ellers udskilles med Urinen, holdes tilbage, og dette kan bero på anatomiske Forandringer af Nyrerne, men sikkert også på blot funktionelle Nyrelidelser. Hvad Oprindelsen til det giftige Stof angår, ere Forfatterne tilböjelige til at tilskrive de ved Eklampsi så hyppigt forefundne Leverlidelser en vigtig Rolle i denne Henseende, da jo talrige Undersögelser vise, at Leveren spiller en stor Rolle for Omdannelsen af Stofskiftets Slutningsprodukter. Forfatterne minde således om Karbaminsyrens Opträden i Blodet hos Hunde, hos

hvilke Leveren er delvis udelukket fra Kredslöbet ved Anläggelse af en Eck'sk Fistel, hvorved Blodet fra Fordöjelseskanalen går direkte over i v. cava inf. Forfatterne sammenslutte deres Anskuelse i fölgende Sätninger. Eklampsien må betragtes som en Avtointoxikation med et let dekomponibelt Stof, der er et Produkt af det intermediäre Stofskifte, og som ved Forstyrrelser i Stofskiftet under Svangerskabet ophobes i Organismen og udfolder sin Virkning under Födselen og i Barselsängen under Form af det eklamptiske Sygdomsbillede ved Funktionsforstyrrelser i Lever og Nyrer. Efter det konvulsive Stadium udskilles Stoffet hurtigt gennem Nyrerne. Fremtidige Undersögelser må afgöre, om dette Stof alene skylder de ved Eklampsien konstante Leverlidelser sin Oprindelse, og om det er et Mellemled ved Urinstoffets Dannelse eller måske selve Karbaminsyren. — MASSIN (St. Petersborg): *Intermediäre Stoffwechselprodukte als Ursache der Eklampsie* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 42, S. 1105—10) hävder for sig allerede at have udtalt tilsvarende Anskuelser 1892. Han mener dog ikke, det er Karbaminsyre, men Levkomainer, der frembringe Avtointoxikationen. Men efter Analogien fra Hunde er dog en Overfyldning med disse Stoffer ikke nok til at fremkalde Eklampsi; der kräves ved Siden heraf »en Forstyrrelse af den psykiske Ligevägt», og dette, mener Forf., er hyppigt Tilfäldet hos förstefödende, der jo er dem, der i det langt overvejende Antal angribes af Eklampsi. M's Anskuelser findes også udviklede i en Afhandling af L. E. SCHREIBER (Odessa): *Zum gegenwärtigen Stand der Frage über die Entstehungsursache der Eklampsie* (M. f. G. u. G. 1, S. 474—87). Med Hensyn til det meget omstridte Spörgsmål om Nyrelidelsernes patogenetiske Betydning ved Eklampsien kan omtales nogle Undersögelser af F. REICHE (Hamburg): *Zur Kenntniss der Folgezustände gehäufter Krampfanfälle* (Centralbl. f. inn. Medic. 1895, Nr 2, S. 41—45). Hos Patienter, der vare döde efter gentagne Krampeanfald af forskellig Natur, fandt Forf. altid meget betydelige Forandringer i Nyrerne, således Koagulationsnekrose af nästen hele det secernerende og en Del af det bortledende Epitel. — For Opfattelsen af Eklampsien som en Forgiftning tale også de Tilfälde, hvor Lidelsen synes at have angrebet Fosteret. Af sådanne meddeles 2, det ene af GUSTAV WOYER (SCHAUTAs Klinik, Wien): *Ein Fall von Eklampsie bei Mutter und Kind* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 13, S. 329—34), det andet af DOHRN (Königsberg): *Tonische Muskelkontraktur bei todtgeborenem frühzeitigen Kinde einer Eklamptischen. Sectio cæsarea post mortem* (s. St., Nr 19, S. 497—98). Sidstnävnte Titel giver Meddelelsens Indhold. DOHRN trode först, at det var et Tilfälde af intrauterin rigor mortis; men efter Udretning kontraheredes Musklerne på ny. Ved Sektion af Barnet fandtes nogle epidurale og subarachnoideale Bloduddträdninger på v. Hemisfäre, men ellers intet af Betydning. I WOYERs Tilfälde gjordes Dilatation af Cervikalkanalen med Kolpeurynter, derpå Vending og Fremträkning. Barnet (2350 G., 43 Cm.) var dybt asfyktisk, bragtes til Live ved Schultzeske Svingninger. Herefter befandt det sig vel i flere Timer. Men 5 Timer p. p. fik det et Krampeanfald, der ganske lignede et eklamptisk; ved Schultzeske Svingninger bragtes Barnet atter til Live.

Dette gentog sig i 2 fölgende Krampeanfald, der stadig bleve häftigere; men i det 4de og stärkeste, 12 Timer efter Födselen, döde det. Ved Sektionen fandtes akut Lungeödem, ellers intet abnormt, särlig Hjärte, Lever, Nyrer og Hjärne ganske normale.

Af stor Betydning for Eklampsiens Behandling er en Afhandling af ZWEIFEL (Leipzig): *Zur Behandlung der Eklampsie. Bericht über 129 hier beobachtete Fälle* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 46, S. 1201—18; Nr 47, S. 1238—56; Nr 48, S. 1265—77). Forf. er bleven en Tilhänger af den DÜHRSSENske hurtige Forlösningsmåde (Kolpeurynter, Incisioner), ikke fordi han deler dennes teoretiske Deduktioner og särlig ikke hans Påstand om, at Eklampsien nästen altid ophörer, når uterus er tömt, men fordi Erfaringen har vist ham, at Prognosen for Mödrene i höj Grad forbedres herved. Medens Mortaliteten ved den äldre, mere expektative Behandlingsmåde var 32,6 %, er den ved den aktive Behandling sunken til 15 %. Kejsersnit forkaster han, alene af den Grund, at man lige så hurtigt kan forlöse per vias naturales. Reglerne for Behandlingen af Eklampsi sammenstiller Forf. i fölgende Sätninger: 1) Under Födselen bör man forlöse så hurtigt som muligt og i Narkose. Ere Betingelserne for en operativ Forlösning til Stede, ere alle enige herom; men også uden dette vil Z. forlöse. Ved udslettet cervix, men ikke tilsträkkeligt udvidet orificium, udvides dette ved Kolpeurynter og i det höjeste små Incisioner. Men er cervix endnu bevaret, må man, foruden at träkke Kolpeurynteren igennem, göre större Incisioner og derfor göre Regning på Efterblödning. Blödningen opstår först *efter* Födselen; man kan standse den ved Klemmetänger eller ved at trykke sterile Bomuldstampons fast mod Incisionerne og Bäkkenknoglerne, efter at uterus först er udstoppet med steril Gaze. 2) Da man aldrig ved, hvor stort Blodtabet bliver ved denne Art Forlösninger, skal man väre tilbageholdende med Blodudtömmelser, för man har fået forlöst. Dog ser man ofte, at Udslettelsen af cervix og Udvidningen af orificium fremmes godt ved en Åreladning, når Pulsen er spändt. Under disse Omständigheder, ligesom når Anfaldene vedblive efter Födselen, og Pulsen er spändt, må Åreladning på indtil 500 Gm anbefales. 3) Bevidstlöse Patienter må man ikke forsöge at lade synke, men kun indgive dem Mälk eller Medikamenter gennem Mavesonde. Maven bör udskylles, hvor man kan antage, at der findes Fordöjelsesforstyrrelser. Plantesyrer (Citron-, Vin-, Äddiksyrer) göre ofte Nytte. 4) Narkose bruges kun ved den operative Forlösning; Äter kan lige så godt benyttes som Kloroform. 5) Strängeste asepsis; Infektion forårsager en Vedvaren af Anfaldene.

I et meget omfattende Arbejde: *Die Geburt beim kyphotischen Becken* (A. f. G. 50. 1, S. 1—128) har R. KLIEN (V. WINCKELs Klinik, München) undersögt Forholdene ved Födselen gennem det ved en Kyfose forsnävrede Bäkken, hvis Hovedkarakterer jo ere Tragtform og navnlig den betydelige Forsnävring i Tvärretning i nederste Åbning. Han har samlet 172 herhen hörende Tilfälde hos 95 Kvinder og sammenstiller disse i en stor Tabel. Men desuden meddeles en stor Del af Tilfäldene i delvis särdeles udförlige Uddrag. Det er selvfölgelig

umuligt at give et kortfattet Referat af dette Arbejde, hvis Hovedresultater i alt väsentligt bekräfte, hvad man hidindtil vidste om denne Bäkkenform. Mortaliteten for Börnene er henimod 40 %, for Mödrene ved de lettere Grader 6,2, ved de svärere 17 %. Hvad Terapien angår, da vil der väre Indikation for part. præmat. artific. (som Forf. aldrig vil indlede för 34te Uge) ved en distantia tuberum mellem 8,25 og 6,5 Cm. Ved Slutningen af Svangerskabet kan der i Kliniker väre Indikation for Symfyseotomi indtil dist. tuber. 5,75 som nederste Gränse. I Privatpraxis vil der derimod väre Indikation for Perforation også af levende Barn ved en dist. tuber. mellem 8 og 5,5 Cm. Ved en större dist. tuber. kan, når man må gribe ind, et forsigtigt Tangforsög väre tilladt för Perforationen. Sectio cæsarea er absolut indiceret ved en dist. tuber. under 5,5 Cm., relativt ved en dist. tuber. mellem 5,5 og 7 Cm., hvis Forholdene ikke tillade at göre Symfyseotomi. Ved dödt Barn og dist. tuber. over 5,5 Cm. bör man, hvis man skal forlöse, altid perforere. Vending på Födderne er ved denne Bäkkenform aldrig indiceret undtagen ved Skråleje. Ved Udarbejdelsen af sin Afhandling har Forf. kunnet benytte et kort forud udkommet Arbejde af FR. NEUGEBAUER (Warschau): *Die heutige Statistik der Geburten bei Beckenverengerung infolge von Rückgratskyphose* (M. f. G. u. G. 1, S. 317—47), som i det väsentlige giver samme Resultater som K's; dog finder N. f. Ex. en langt större Mortalitet for Mödrene (af 117 Mödre med 200 Födsler döde 48). KLIEN har i et särligt Arbejde: *Eine neue Methode der Beckenausgangsmessung* (s. St. 2, S. 165—84) angivet en Metode, der skulde tillade en nöjagtigere Udmåling af Bäkkenudgangen särlig af dens Tvärdiameter, end tidligere. Da den ikke vil kunne forstås uden Billeder, må henvises til Originalafhandlingen.

Hvad Födselsoperationerne angår, da meddeles et nyt Tilfälde af Död efter Glycerininjektion i uterus (10 Cm.) for at fremkalde part. praemat. artif., nemlig af FERRARI i Firenze (Sperimentale 21 Decb. 1894. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 35, S. 957). Pat. blev syg strax efter Injektionen, der kom blodig Urin, Död 2 Timer efter Forlösningen. Ved Sektionen fandtes bl. a. akut parenkymatös nephritis.

Vedrörende Symfyseotomien er der ikke fremkommet noget af Betydning ud over PINARDs årlige Opgörelse fra Clinique Baudelocque, hvor det måske må väre os tilladt at tage den for 1895 med, först offentliggjort i År: *De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1894 et pendant l'année 1895* (Ann. de gyn. Janv. 1895, S. 1—33; Janv. 1896, S. 1—44). Af Tilfäldene fra 1894 bleve 11 allerede meddelte på Kongressen i Rom og ere medregnede i Opgörelsen i forrige Literaturoversigt. Tilbage bliver der for de 2 År 31 Tilfälde med 4 Mödre og 4 Börn döde. 1 af de döde indbragtes septisk, 1 döde af en Influenzapnevmoni. Symfyseotomien er i flere Tilfälde udfört for 2den Gang hos samme Kvinde; for at få den tilsträkkelige Udvidning må man passe at gennemskäre alt cikatricielt Väv. Nogle af de symfyseotomerede have også senere födt spontant (for tidligt eller rettidigt). I intet Tilfälde har der i det

senere Svangerskab väret Gèner at påvise, der kunde tilskrives den tidligere Symfyseotomi, som Löshed i Bäkkenet, Besvär ved Gangen ell. lign. I intet af de 31 Tilfälde var der nogen Blödning af Betydning. I 4 Tilfälde kom der Indrift i vagina med Kommunikation med Symfyseotomisåret; Riften lukkedes strax ved Suturer og viste sig ikke senere af Betydning. For at undgå sådanne Rifter udvides den blöde Födselsvej med Kolpeurynter för Operationen, og så snart Hovedet er trängt ned, trykkes Bäkkenet atter sammen fra Side til Side. I alt väsentligt står P. på samme Standpunkt som tidligere, hvad Indikationer, Teknik o. s. v. angår. Det kan dog omtales, at han i den senere Tid foreträkker Vending for Tang, hvis Hovedet holder sig höjtstående efter Symfyseotomien. — Siden 1892 har han i alt udfört Operationen 69 Gange med 7 Dödsfald blandt Mödrene, 8 blandt Börnene. Til hver Beretning er föjet en Tabel over alle på Afdelingen behandlede Tilfälde af snävert Bäkken; kun herved, fremhäver han, får man en virkelig Dom over de Resultater, der ere opnåede ved Anvendelsen af de Principper, Anstaltens Leder opstiller for Behandlingen af denne Födselskomplikation.

Angående Kejsersnit kan nävnes nogle Tilfälde af Graviditet efter overstået Kejsersnit. I 3 af disse udförtes Kejsersnit på ny. Särlig märkeligt er det af VIRIDARSKAÏA fra V. OTTs Klinik i St. Petersborg meddelte Tilfälde: *Un cas de laparotomie répétée* (Ann. de gyn. Decb. 1895, S. 476—77), idet ved forrige Kejsersnit (11te Födsel) Ovarierne vare fjärnede, men Pat. dog på ny blev gravid. Ved det nu atter nödvendige Kejsersnit fandtes på Ovariernes Plads »uregelmässige Fragmenter af Ovarialväv». Det 2det Tilfälde meddeles af SCHNEIDER (Fulda): *Wiederholter Kaiserschnitt an derselben Person* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 4, S. 97—102). Det 2det Kejsersnit udförtes kun 16—17 Måneder efter det förste. Arret i Bugväggen var ikke adhärent til uterus, exstirperedes helt. Mellem Bagfladen af uterus og Oment og Tarme fandtes Adhärencer, der lodes urörte. Efter Incisionen i uterus fandtes intet Spor. Katgutsuturer. Levende Barn. Glat Helbredelse. Det 3dje Tilfälde meddeles af SMYLY (Dublin): *Caesarean section* (Dubl. j. of med. sc. March 1895, S. 270). Tarmene fandtes adhärente til det gamle Uterinar, lösnedes med Vanskelighed. Arret i uterus var så tyndt, at det gav efter for Fingerens Tryk. Da det atter skulde sutureres, måtte dets Rande spaltes, for at man kunde få tilsträkkelig brede Foreningsflader. Der kom peritonitis, udgået fra en ikke bemärket Läsion af en Tarmslynge, og Död. Barnet levede. I det af RICH. V. BRAUN (Wien) meddelte Tilfälde (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 4, S. 109—12) var der i Foråret 1890 gjort Kejsersnit, og der kom spontan, for tidlig Födsel i December 1894. Forf. har haft Lejlighed til at se 9 Svangerskaber (deraf hos 2 Kvinder 2 Gange) efter 16 Tilfälde af Kejsersnit. I Diskussionen om dette Foredrag fremhävedes det fra flere Sider (SCHAUTA, GUSTAV BRAUN, LIHOTZKY), at Arret efter Kejsersnit kan svinde fuldständigt eller nästen fuldständigt, idet Muskelfibrene regenereres og sträkke sig tvärs igennem det. Også på WYDERs Klinik (Zürich) er iagttaget en Födsel (part. praemat. artific.) efter et 2 År forud udfört Kejsersnit. Det meddeles af OSCAR

SCHLAEPFER: *Fall von künstlicher Frühgeburt nach früher überstandenem Kaiserschnitt* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 6, S. 154—55). Ved en Udskrabning nogle Måneder efter Kejsersnittet var den kontinuerlige Silkesutur, hvormed Slimhinden var bleven forenet, bleven fjärnet. Under Födselen kunde man intet Ar föle på uterus; först da den var tömt, följtes på Forfladen til op mod fundus en indtrukken Stribe.

Hvad Kejsersnittets Teknik angår, kan anföres, at man i nogle Tilfälde har overfört Fremgangsmåden fra Myomotomi til PORROs Operation, nemlig at udföre Totalexstirpation af uterus i Steden for supravaginal Amputation. Dette har således SCHAUTA (Wien) gjort i et Tilfälde af Osteomalaci: *Sectio cæsarea mit abdominaler Totalexstirpation* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 23, S. 630—32). Han fremhäver, at Udförelsen er let på Grund af Parametriernes store Eftergivelighed, således som det også har vist sig ved flere abdominale Totalexstirpationer, foretagne af forskellige Grunde i den senere Del af Svangerskabet. Et andet Tilfälde meddeles af GUERMONPREZ (Lille): *De l'hystérectomie abdominale totale substituée à l'opération de Porro* (Sem. méd. 1875, Nr 39, S. 336). Her var Indikationen for Kejsersnit talrige fibromyomata uteri, af hvilke nogle opfyldte det lille Bäkken. Da flere af dem vare adhärente i stor Udsträkning, var der temmelig betydelig Blödning. I bägge Tilfälde levede Börnene og Mödrene helbrededes.

Angående Indikationerne for Kejsersnit kan bemärkes, at det i den seneste Tid i flere Tilfälde er blevet nödvendigt at foretage Kejsersnit på Grund af Dystoki, forårsaget ved Operationer foretagne mod Retrodeviationer af uterus, Ventrofixation og navnlig Vaginifixur; men herom närmere ved Omtalen af disse Operationer under Afsnittet Gynäkologi. Ved en meget själden Indikation eller rettere ved en Födselshindring af själden Art måtte SÄNGER (Leipzig) udföre Kejsersnit, idet nemlig Resterne af et äldre Extrauterinsvangerskab opfyldte Bäkkenet: *Conception durch ein accessorisches Tuben-Ostium. — Kaiserschnitt, bedingt durch frühere ectopische Schwangerschaft* (M. f. G. u. G. 1, S. 21—28). Pat. havde födt flere Gange og for 2 År siden vist nok haft et Extrauterinsvangerskab, der ophörte i 3dje Måned. Da Bäkkenet var opfyldt af en tumor, der opfattedes som et Hämatocele som Rest heraf, gjordes Kejsersnit med godt Resultat for Moder og Barn. Höjre tuba gik over i en tumor, der lå retroperitonäal, og som blödte så stärkt, da man forsögte at udskrälle den, at Forsöget måtte opgives. Enden af h. tuba tabte sig helt i denne Svulst, og fra dens Overflade udgik talrige faste, fibröse Adhärencer, i hvilke også Enden af v. tuba lå indlejret. Men höjere oppe på v. tuba, lige tät ved v. ovarium, fandtes et akcessorisk orificium omgivet af fimbriæ, og der er således nästen Vished for, at det er gennem dette akcessoriske ostium, at Ägget er kommet ind i tuba og derfra i uterus. S. har i alt udfört 13 Kejsersnit med godt Resultat for Moder og Barn i alle 13 Tilfälde.

Om ruptura uteri foreligger der en Mängde, for största Delen kasuistiske Meddelelser. Spörgsmålet var til Diskussion på den tyske

Gynäkologkongres i Wien i Juni 1895, indledet af FEHLING og SÄNGER (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 25, S. 666—69; Nr 689—94). En Mängde Talere deltoge i Diskussionen; men der fremkom intet nyt af större Betydning, navnlig ikke hvad Behandlingen angår. Diskussionen drejede sig mest om Mekanismen ved Rupturens Opståen og om det nedre Uterinsegment; men her stod som sädvanlig Mening mod Mening, uden at nogen lod sig overbevise. Det skal kun anföres, at FEHLING (Basel) anbefalede at göre Totalexstirpation per vaginam med Klemmetänger i Tilfälde, der syntes egnede hertil, og NEUGEBAUER (Warschau) havde opereret 1 Gang på denne Måde. — Hvad de kasuistiske Meddelelser angår, dele de sig i de operativt (d. v. s. med Laparotomi) og i de mere expektativt behandlede Tilfälde. Fra OLSHAUSENs Klinik (Berlin) meddeler ADOLF GESSNER 2 Tilfälde af inkomplet Ruptur: *Zwei Fälle von spontaner Uterusruptur* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 2, S. 33—40). I det sidste af disse Tilfälde tamponeredes Riften, og Pat. kom sig. I det 1ste trode Forf. bestemt at have en komplet Ruptur for sig, mente endog med den i Riften indförte Hånd at kunne föle Tarmslynger. Riften blev tamponeret, og Pat. fört til Födselsstiftelsen. Da hun ved Ankomsten her havde mistet en Del Blod, bestyrkedes Diagnosen af en komplet Ruptur, og der foretoges Laparotomi. Ved denne viste det sig imidlertid, at Riften var inkomplet; der fandtes et stort Hämatom i lig. latum. Bugsåret lukkedes derfor atter, Tamponadebehandlingen fortsattes, og Pat. kom sig. Der er i dette Tilfälde end videre at bemärke, at det lykkedes at genoplive det ved Tang födte Barn. Et levende Barn trods ruptura uteri lykkedes det også at extrahere i PICCININIs senere omtalte Tilfälde. Et godt Resultat ved Tamponade ved komplet Ruptur meddeles fra Bonner-Kliniken af PHILIPPI: *Ueber Uterusruptur* (Inaug.-Diss. Bonn 1894. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 30, S. 829), ved ruptura vaginæ (kolporrhexis) af J. D. DOORMAN: *Ruptura uteri durante partie* (Nederl. tijdschr. v. Verlosk. V, Nr 4. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 30, S. 828—29). — Af de med Laparotomi behandlede Tilfälde fortjäne de på VALENTAs Klinik i Laibach af E. SLAJMER opererede og meddelte särlig Opmärksomhed: *Zur extraperitonealen Behandlung spontaner, penetrirender Uterusrupturen mit besonderer Berücksichtigung des alsbaldigen Abschlusses der Bauchhöhle* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 18, S. 472—81). Det 1ste af disse 3 Tilfälde er vist nok et unicum: Barnet födtes gennem Riften i nedre Uterinsegment ud i Bäkkenhulen og herfra gennem en Rift i fornix vaginæ ud gennem Födselsvejen, så at orificium uteri, der kun lige var åbent, slet ikke blev passeret af Fosteret. Ved Laparotomi forefandtes altså betydelige Sönderrivninger; Forf. begyndte da med at lösne en stor Peritoneallap fra Bagfladen af uterus, og ved at före denne og de yderste Dele af ligg. lata over mod forreste Bugväg og sy dem fast her, blev således uterus og hele Rupturstedet aflukket fra Peritonäalhulen. Der gjordes derpå supravaginal Amputation af uterus, og Cervikalstumpen blev gennem Riften trukken ned i vagina. Pat. kom sig. I 2det Tilf. kunde Laparotomien först udföres 54 Timer efter Rupturens Opståen, 12 Timer efter at Pat. var forlöst ved Tang, og Pat. var i höjeste

Grad medtagen. Tilfäldet behandledes som det forrige (kun at Stumpen ikke förtes ned i vagina); men Pat. *döde* få Timer efter Operationen. I 3dje Tilfälde var Barnet trådt ud i Bughulen; her foretoges Aflukningen af Riften fra Peritonäalhulen på den Måde, at peritonæum ved Riftens Rande syedes til peritonæum i Bugsåret. Uterus amputeredes ikke. Pat., der havde en äldre Hjärte- og Nyresygdom, *döde* 10de Dag p. o. STROGANOFF (St. Petersborg) har i 2 Tilfälde med Held gjort supravaginal Amputation af uterus. I et 3dje Tilfälde kom Pat. sig efter Tamponade; men her har Rupturen vist väret inkomplet (Ann. de gyn. Decb. 1895, S. 477—78). JOHANNOVSKY (Reichenberg): *Zur Therapie der Uterusruptur* (Prag. med. W. 1894, Nr 28. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 28, S. 226—27) har i 3 Tilfälde med Held anvendt supravaginal Amputation med Fixering af Stilken i Bugsåret. Har Riften glatte Rande, mener J. derimod, at man kan nöjes med blot at suturere den, og er den lille og inkomplet, er Tamponade tilsträkkelig. Et Tilfälde med uheldigt Resultat meddeles af SMYLY (Dublin): *A specimen of ruptured uterus* (Dubl. j. of med. sc. March 1895, S. 269—70). Skönt Fosteret og placenta vare trådte ud i Bughulen, var der foretaget Forlösning per vias naturales og derpå tamponeret med Jodoformgaze. Da Pat. 20 Timer senere indkom i Födselsstiftelsen, var der ingen Blödning udadtil, hvorfor forelöbig expekteredes. Men da hun blev mere og mere anämisk, gjorde S. Laparotomi og fandt Rupturen nedad og fortil sträkkende sig over på vagina. Hele uterus måtte exstirperes. Riften i vagina sutureredes og alle Suturer bleve trukne ned gennem vagina, medens peritonæum lukkedes derover ved Suturer. Pat. *döde* 4de Dag p. o. af sepsis. Laparotomi og Sutur af Riften udförtes med Held af PICCININI (Rom), WINTER (Berlin) og MURET (Lausanne). I PICCININIs Tilfälde (Il policlinico 1894, Nr 21. Ref. Amer. j. of med. sc. Febr. 1895, S. 223—24) lykkedes det, som ovenfor omtalt, ved Tang at få et levende Barn. I WINTERs Tilfälde (Z. f. G. u. G. 33. 1, S. 210—11) var Barnet trådt ud i Bughulen og udtoges herfra ved Operationen. MURET (Revue méd. de la Suisse rom. 1895, Nr 3. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 36, S. 981—82) gjorde Embryotomi og Tamponade af Rupturen for at flytte Pat. til Födselsstiftelsen, gjorde så her Laparotomi og Sutur af Riften.

Medens det ved placenta praevia, når der er Tale om at göre Vending, som oftest tilrådes at udföre denne efter BRAXTON HICKS, anbefaler P. BAUMM (Breslau) i disse Tilfälde at forsöge at vende på Sädet alene ved udvendige Håndgreb: *Zur Rehandlung der placenta prævia* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 39, S. 1043—45). Metoden vil sikkert, mener Forf., falde den ikke särligt skolede Praktiker langt lettere, og den lykkes nästen altid; er Sädet först dybest, er det let at hente en Fod ned.

Om den själdne vagitus uterinus findes et Par kasuistiske Meddelelser, således en fra OLSHAUSENs Klinik i Berlin af LUDWIG SCHALLER: *Zur Casuistik des Vagitus uterinus* (Z. f. G. u. G. 31. 2, S. 358—64). Forf. omtaler Själdenheden af sikkert konstaterede Tilfälde af vagitus uterinus og meddeler et sådant, der blev iagttaget ved Ven-

ding fra Issestilling ved snävert Bäkken og Vesväkkelse hos en flerfödende med slappe genitalia. Vendingen medförte en langvarig Manipulering i Födselsvejen. Skriget hörtes tydeligt i hele Stuen, kunde gentagende fremkaldes ved Träk på Foden. Märkeligt er det, at Placentarkredslöbet vedblev trods Barnets Skrig, man kunde under dette (og under fölelige Respirationsbevägelser) tälle Fötalpulsen tydeligt (140). Skriget, der gentoges med små Mellemrum, varede 15—20 Sek. Hjärtelydene bleve langsommere, det lykkedes ikke at före Hovedet frem manuelt, og Barnet döde. Perforation på sidstkommende Hoved. Der var også atonia uteri post partum. Ved Sektionen svömmede höjre Lunge på Vand, venstre ikke. Der var ikke bemärket Respirationsbevägelser under Forsögene på at träkke Hovedet frem. — Forf. mener, at der ved den langvarige Vending er bragt Luft op i den store, slappe uterus, og at den ved Vendingen fremkaldte Hudirritation af Fosteret har udlöst Respirationsbevägelsen (PEYERs Teori). Et andet Tilfälde af vagitus uterinus meddeles af WILH. BRÜLL (Deés): *Intrauterines Weinen (Vagitus uterinus) bei Beckenendlage* (Wien. klin. W. 1895, Nr 39, S. 683). Det var et 1ste Tvillingbarn i Sädestilling, der i flere Timer skreg så höjt, at det kunde höres i et tilstödende Värelse. Der var gjort Extraktionsforsög. B. extraherede Fosteret med stump Hage. Det var asfyktisk, men bragtes til Live. Alle oplysende Detaljer mangle i övrigt.

Til sidst skulle vi i dette Arbejde henlede Opmärksomheden på en lärerig, godt illustreret Afhandling af PAUL DITTRICH (Prag): *Ueber Geburtsverletzungen des Neugeborenen und deren forensische Bedeutung* (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1895, 2, S. 203—57), der imidlertid ikke egner sig til et kort Referat.

Puerperium. Det er vel overflödigt at udtale, at Striden om en mulig Avtoinfektion og dennes Betydning er bleven fortsat ligesom også Undersögelserne over de i vagina og uterus hos svangre og usvangre tilstedevärende Bakterier. Men da Spörgsmålet ikke synes at väre rykket en Afgörelse et Hanefjed närmere ved de fra 1895 foreliggende Meddelelser, skulle vi ikke opholde os närmere ved dem. Hvad Barselfeberens Behandling angår, da findes der fra Frankrig enkelte spredte Meddelelser om Forsög med Marmoreks Antistreptokokserum; men disse ere endnu for få og usikre, til at man kan slutte noget som helst om deres Betydning. Om Behandlingen i övrigt findes et Foredrag af PINARD (Paris): *Traitement curatif de l'infection puerpérale* (Sem. méd. 1895, Nr 43, S. 373—76). Forf. tager her Ordet for en meget aktiv, lokal Behandling af den puerperale Infektion. Så snart en Puerperas Temperatur når 38°, gives en intrauterin Udskylning, der gentages, hvis ikke både Puls og Temperatur ere normale 6 Timer senere. Hjälper dette ikke, går han over til permanent intrauterin Irrigation, og blive heller ikke herefter Puls og Temperatur normal, anvendes Udskrabning af Uterinhulen med Kurette, senere eventuelt på ny permanent Irrigation. Til Udskylning bruges Kvägsölvtvejodid 1 til 4000 i store Masser (10 L. eller mere til hver Udskylning), ved

permanent Irrigation efterfulgt af 1 % Karbolvand, der atter, når Tp. omtrent er normal eller subnormal, aflöses af Borsyrevand.

Angående det såkaldte maligne Deciduom, som vi skänkede en udförligere Omtale i forrige Literaturoversigt (S. 26—28) kunne vi denne Gang nöjes med at henvise til en Oversigtsartikel af AUG. PETERSEN: *Om det såkaldte maligne Deciduom* (Bibl. f. Läger 1896, Hft. 1, S. 1—31), idet vi blot skulle erindre om, at meget taler for med MARCHAND at opfatte Lidelsen ikke som Sarkom, men som Karcinom, udgående fra villis Synkytiallag, hvorfor KOSSMANN også vil kalde den Carcinoma syncytiale. Man sammenligne hermed, hvad der er meddelt om den anatomiske Bygning af mola hydatidosa i forrige Afsnit.

Om den, ligeledes i forrige Literaturoversigt omtalte puerperale neuritis findes også i År nogle Afhandlinger af Betydning, således en Meddelelse af STEMBO (Wilna): *Ein Fall von Schwangerschaftspolyneuritis nach unstillbarem Erbrechen* (D. med. W. 1895, Nr 29, S. 461—62). EULENBURG havde udtalt den Formodning, at der var et vist Sammenhäng mellem hyperemesis gravidar. og Puerperalneuritis, samt at sidstnävnte vist oftere rettest burde benävnes Graviditetsneuritis. Forf. meddeler som Bekräftelse herpå et Tilfälde af polyneuritis, opstået i Svangerskabet efter 3 Måneders hårdnakket hyperemesis. Allerede i Svangerskabet betydelig Bedring, der yderligere gjorde Fremskridt efter den rettidige Födsel. Forf. omtaler desuden et lignende Tilfälde af SOLOWJEFF, hvor imidlertid hyperemesis var så alvorlig, at Patienten döde. En anden Afhandling om dette Ämne meddeles af MADER (Wien): *Zur Polyneuritis peripherica puerperarum et gravidarum* (Wien. kl. W. 1895, Nr 30, S. 537—39; Nr 31, S. 555—59). Forf. er af den Anskuelse, at denne Lidelse forekommer mindre själdent, end man skulde formode efter Antallet af de offentliggjorte Tilfälde. Men på den anden Side vil han ikke anerkende, at alle 38 i EULENBURGs Tabel (se forrige Literaturoversigt) medregnede Tilfälde virkelig ere herhen hörende. Selv meddeler han 3 Tilfälde, af hvilke det förste har väret offentliggjort tidligere. I de to Tilfälde udviklede de sygelige Tilfälde sig i Puerperiet efter en rettidig Födsel, og der var tillige psykiske Anomalier; bägge kom sig, men dog näppe fuldständigt. Hos den 3dje Patient begyndte Tilfäldene i Svangerskabet under en häftig hyperemesis. Skönt denne ophörte, vedvarede dog Svàkkelse og övrige nevropatiske Tilfälde. Efter abortus provocatus forbigående Bedring, men derpå atter Tiltagen af Tilfäldene, Feber og Död. Ved Sektionen fandtes tuberculosis pulm., perifer neuritis og Muskelatrofi. I medulla intet abnormt. At Döden indtrådte, skriver Forf. på Tuberkulosens Regning. Hans Opfattelse af den puerperale perifere Nevrits Opståelsesmodus er den, at de ved Graviditeten fremkaldte Forandringer i Organismen afgive Prädispositionen, der muliggör det for Årsager, der ellers ikke fremkalde neuritis, at bevirke en sådans Opståen. Som sådanne Årsagsmomenter nävner han: selve Födselen med de den ledsagende Smerter; stärke Blödninger; hyperemesis gravidarum; puerperale Betändelsesprocesser.

Hvad Sygdomme hos späde Börn angår, da drejer det sig i det ene af de 3 af GEORGE HEATON (Birmingham) meddelte Tilfälde: *Congenital malformation of the umbilicus* (Brit. med. j. $^2/_3$ 95, S. 473) om et hernia funiculi umbilical. Barnet kom under Behandling 4 Timer gammelt. Herniet havde Störrelse som en stor Appelsin; Reposition umulig. I Kloroformnarkose exstirperedes Säkken, hvoraf dog noget måtte lades tilbage på coecum; de i Herniet udtrådte Tynd- og Tyktarmsslynger reponeredes, og Bugsåret lukkedes med Silkesuturer. Helbredelse.

Extrauteringraviditet. Vi begynde med en Tabel, svarende til den i forrige Literaturoversigt meddelte. Den omfatter 92 Tilfälde med 11 Dödsfald. Der er dog det at bemärke ved den, at den ikke uden videre kan sammenstilles med mine tidligere Tabeller, da i sidste År et ikke ringe Antal Tilfälde, der tidligere vilde väre behandlede med Laparotomi, ere blevne opererede per vaginam (isär ved såkaldet coeliotomia vaginalis ant.); navnlig gälder det for Rubrikken I. Aα og I. Bβ. End videre kan anföres, at det store Antal Tilfälde under I. C for störste Delen hidrörer fra PAUL F. MUNDÉ (N.Y.), der i en större Hospitalsberetning: *A report of the gynecological service of Mount Sinai Hospital New York, from January 1st 1883, to December 31st 1894* (Amer. j. of obstet. Decb. 1895, S. 857—90) rent summarisk (S. 878—81) giver Meddelelse om 15 Tilfälde af tidligt Extrauterinsvangerskab. Der anföres kun, at nogle vare bristede för Operationen, andre ikke, og at de 14 helbrededes. Absolut udelukke Muligheden af, at nogle af disse Tilfälde allerede have väret optagne i tidligere Tabeller, kan jeg ikke. Derimod tror jeg, at det er lykkedes mig at udskyde de tidligere offentliggjorte Tilfälde af de 22, DEMETRIUS V. OTT (St. Petersborg) udförlig meddeler i sin Bog: *Beiträge zur Kenntniss der ektopischen Formen der Schwangerschaft* (Leipzig 1895, 183 S.). Jeg har også udskudt 5 af disse Tilfälde, hvor Diagnosen ikke forekom mig utvivlsom.

I. Svangerskabets Iste Halvdel	**78**, deraf döde **10**.		
A. För Bristning af Ägsäkken	*30, deraf döde 2.*		
α. Tubarabort	27, deraf döde 1.		
β. Fosteret levende	3	» »	2.
B. Efter Bristning af Ägsäkken	*31, deraf döde 7.*		
α. Akute Ruptursymptomer til Stede	18, deraf döde 4.		
β. Akute Ruptursymptomer ikke til Stede	12	» »	2.
γ. Dette Forhold ukendt	1	» »	1.
C. Uoplyst, om Bristning eller ej	*17, deraf döde 1.*		
II. Svangerskabets 2den Halvdel	**14**, deraf döde **1**.		
A. Fosteret levende	*3, deraf döde 0.*		

α. Hele Ägsäkken (med placenta) fjärnet 0, deraf döde 0.
β. Placenta og en Del af Ägsäkken fjärnet 1 » » 0.
γ. Placenta og Ägsäk ladt tilbage . . . . 2 » » 0.

B. Fosteret dödt . . . . *11, deraf döde 1.*
α. Hele Ägsäkken (med placenta) fjärnet 6, deraf döde 0.
β. Placenta og en Del af Ägsäkken fjärnet 2 » » 0.
γ. Placenta og Ägsäk ladt tilbage . . . . 2 » » 1.
δ. Ägsäks og placentas Behandling ukendt 1 » » 0.

De 3 Tilfälde med levende Barn meddeles henholdsvis af X. O. WERDER (Pittsburg): *Celiotomy in ectopic gestation where the fetus is viable and living, with report of a successful case* (Amer. j. of obstet. Jan. 1895, S. 136—38); af PINARD (Paris): *Grossesse extra-utérine, diagnostiquée au sixième mois, opérée à une époque rapprochée du terme; extraction d'un enfant vivant; suites heureuses pour la mère et pour l'enfant* (Ann. de gyn. 1895. Août, S. 81—94); REIN (Kieff): *Une laparotomie pour grossesse extra-utérine* (s. St. Decb., S. 485). Medens alle 3 Mödre kom sig, var for Börnenes Vedkommende Resultatet kun godt i PINARDs Tilfälde. REIN opererede i 30te Uge, og Barnet döde 18 Dage gl. WERDER opererede omtr. 14 Dage för den ventede Födsel. Barnet vejede 7½ engl. Pund; det var »deformt med udtalt Asymmetri af Hoved og Ansigt, med Klumpfödder o. s. v.» Det syntes rask til 3dje Dag, fik da höj Temperatur og döde den näste Dag, »antagelig af Pnevmoni». Også i PINARDs Tilfälde fandtes en betydelig Skävhed af Kraniet; men denne var, da Barnet 3 Måneder efter Operationen fremvistes i Acad. de méd., ganske svunden, og Barnet var sundt og kraftigt.

Hvad nu Enkeltheden ved de övrige Tilfälde angår, da er der nogle Tilfälde af interstitielt Svangerskab, der frembyde en Del Interesse. Et af dem (opfört i Tabellen under I. Bα, död), der meddeles af L. H. DUNNING (Indianopolis): *Ruptured interstitial pregnancy* (Amer. j. of obstet. Novb. 1895, S. 753—58) er näppe aldeles sikkert, men er muligvis et Svangerskab i et rudimentärt Bihorn. Det af OTTO ENGSTRÖM (Helsingfors) meddelte Tilfälde: *Fall af interstitielt tubarhafvandeskap* (Finska Läkaresällsk. Handl. 1895, Nr 11, S. 599—606) har särlig Interesse ved Terapien, hvorfor her kun denne skal omtales. Ved Laparotomi fandtes höjre Side af corpus uteri forstörret, tynd, gående over i höjre tuba, der ligesom lig. ovar. og lig. latum udsprang fra dette Parti. Afgangsstedet for venstre tuba lå 3 Cm. lavere end for höjre. Väggen over det omtalte Parti spaltedes, og et 9 Cm. langt, dödt Foster samt placenta udtoges. En Sonde blev derpå stödt ind i uterus, så at der kom Kommunikation mellem Fötalsäkken og cavitas uteri. Noget af Decidualbeklädningen när Incisionssåret reseceredes derpå, og selve Incisionen i Fötalsäkken forenedes ved Etagesuturer. Helbredelse. Helt ejendommeligt og ikke ganske let at forstå var Forlöbet i det fölgende Tilfälde, der meddeles af MALCOLM MC LEAN (N.Y.): *Interstitial pregnancy simulating pelvic*

tumor; celiotomy (Amer. j. of obst. April 1895, S. 540—43). Hos en Pat. med stärke Smerter og Amenorré i 3 Mdr. fandtes til Siden for uterus, men gående i et med denne, en större tumor. Der diagnosticeredes Extrauterinsvangerskab. Ved Laparotomi viste det sig imidlertid, at det, der var antaget for uterus, var en meget tynd Säk, hvori et Foster på 3½—4 Mdr. Säkkens Vägge kontraherede sig eller bleve spändte med få Minutters Mellemrum. Venstre tuba gik i et med denne Del af Svulsten og syntes normal. Den störste Del af uterus var kilet ned i höjre Side af Bäkkenet og fixeret her ved Adhärencer. Da disse vare lösnede og hele Organet var löftet i Vejret, forandrede hele Massen pludselig Form og antog Udseende af en normal uterus, gravid i 4de Måned. Det tynde Parti til venstre udstraktes, så at det dannede venstre Horn af den store uterus. Adnexa naturlige. Underlivet lukkedes. Da Meddelelsen gjordes, var Svangerskabet skredet naturligt frem til 6te Måned.

Et i flere Henseender märkeligt Tilfälde, der opfattes som en ren Ovarialgraviditet, meddeles af FRANK (Köln): *Ueber Extrauterin-Schwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der Ovarialgravidität* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 20, S. 545—46). Den 30-årige Pat. var i Maj 1894 kommen i F's Behandling for Sterilitet, og den $^{23}/_{5}$, umiddelbart efter Ophör af menses, foretog han en kileformet Excision af collum og Udskrabning af Uterinslimhinden. Hun udskreves den $^{5}/_{6}$, og menses vare tilstede fra den $^{17}/_{4}$ i 3 Dage. Den $^{25}/_{7}$ kaldtes F. til Pat., som han fandt moribund med Tegn på indvendig Blödning. Ved Laparotomi fjärnedes adnexa med en bristet extrauterin Fötalsäk på höjre Side. Höjre tuba er passabel og ikke i Forbindelse med Ägsäkken, der er dueägstor. Den er bristet; men selve Fötalsäkken, der indeholder et Foster, er intakt. Höjre ovarium er affladet, og villi rage ind i det. Da Pat. bestemt angav, at der ikke havde fundet coitus Sted senere end $^{22}/_{5}$, og da F. tror på denne Angivelse, tvinges han til at antage, at hun allerede var »ovariel gravid», da han udskrabede hende for Sterilitet.

Af Tvilling-Extrauterinsvangerskab findes 3 Tilfälde meddelte; 1 af v. OTT i hans oven omtalte Arbejde (Tilf. 10); 1 af SALIN (Stockholm): *Fall af tubar tvillingsgraviditet. Tubar abort. Laparotomi. Förblödning i följd af pedunkelglidning* (Sv. Läkaresällsk. Hdl. 1895, S. 180—84. Hygiea 1895, Nr 12) og 1 af FOLET (Lille): *Grossesse extra-utérine gémellaire datant de quinze ans* (Sem. méd. 1895, Nr 13, S. 105). OTTs Tilfälde var i 4de Måned, udviklet intraligamentärt, ikke bristet. Fostrene levede ved Operationen. Pat. döde af sepsis. Også SALINs Pat. döde (ved Blödning fra Stilken). Tilfäldet er dog ikke helt klart, og en nöjere Undersögelse af Präparatet stilles i Udsigt. I FOLLETs Tilfälde var det ene Foster dödt i 2den til 3dje Måned, medens det andet var fuldbåret. Pat. havde födt 4 fuldbårne Börn og blev derpå på ny gravid for 16 År siden, 33 År gl. Hun gik sin Tid ud, fik Födselsveer, men der udstödtes kun Blod og Hinder, og hun vedblev at blöde i 6 Uger. Underlivet holdt sig stort, blev först 15 År senere ömt. F. gjorde da Laparotomi, der var meget besvärlig på Grund af talrige Adhärencer mellem Tarmene og Fötal-

säkken. Det lykkedes dog at fjärne denne nästen fuldständigt, kun en lille Rest indsyedes i Bugsåret. Glat Helbredelse.

Af samtidig intra- og extrauterin Graviditet meddeles 2 Tilfälde. Det ene er v. OTTs Tilfälde Nr 13. Sidste menses $^{27-30}/_{8}$ 91. För Operationen indförtes der 2 Gange Sonde i uterus, og ved Udskrabning fjärnedes lidt af Slimhinden til mikroskopisk Undersögelse. Der var diagnosticeret höjresidigt Tubarsvangerskab, og ved Laparotomi den $^{1}/_{9}$ 91 fjärnedes adnexa på bägge Sider. Tubarabort i den höjre, ikke bristede tuba. I hvert ovarium et corpus luteum. Helbredelse og rettidig Födsel ved Naturen den $^{30}/_{5}$ 92. Det andet Tilfälde meddeles fra LÖHLEINs Klinik i Giessen af HEINR. WALTHER: *Ein Fall von gleichzeitiger Extra- und Intrauteringravidität bei Uterus subseptus* (Z. f. G. u. G. 33.3, S. 389—418). Hos den 35-årige Pat., der havde födt 3 Gange og aborteret i 6te Måned for ½ År siden, vare menses sidst tilstede i Februar 1895, hvorefter Pat. mente sig gravid; men da der optrådte uregelmässige Blödninger og Smerter i Underlivet, sögte hun Lägehjälp. Uterus föltes tom; til höjre for den en Udfyldning, der diagnosticeredes som et Extrauterinsvangerskab. Efter Undersögelsen Tegn til indvendig Blödning, hvorfor Dagen efter Laparotomi. Ved denne fandtes uterus tvedelt, gravid i h. Halvdel. Adnexa på h. Side naturlige, på v. Side tuba fortykket, med et Blodkoagel ragende ud af Fimbrieenden. De venstresidige adnexa exstirperedes. Natten mellem 2den og 3dje Dag p. o. Abort. Ved Undersögelsen herefter föltes et septum i corpus, collum fälles. Helbredelse. Ved mikroskopisk Undersögelse af Blodkoaglet i tuba og dennes Väg fandtes villi chorii og Deciduaceller. Da intet af Fostrene fandtes (det uterine må väre bortkommet med Blodkoaglerne om Natten), lader det sig ikke bestemt sige, om de 2 Svangerskaber vare samtidige, hvad dog efter villis Forhold og de övrige Omständigheder synes ret sandsynligt. I det fjärnede v. ovarium fandtes et corpus lut. ver. Hvorfor Forf. stadig går ud fra, at der ikke også fandtes et sådant i h. ovarium, ses ikke; at det h. ovarium ved Laparotomien »ikke var forstörret», beviser jo intet i denne Henseende.

Et Indläg af stor Interesse i den Strid, der udkämpes angående de Kräfter, der kunne antages at väre virksomme ved Tubaraborten og särlig ved dens Udstödelse, er en Afhandling af L. PROCHOWNICK (Hamburg): *Zur Mechanik des Tubenaborts* (Arch. f. Gyn. 49.2, S. 177—244). På Grundlag af 8 vel vedligeholdte, nöje beskrevne og afbildede Tilfälde af Tubarabort foruden en Del andre iagttagne, men ved Udtagelsen mindre vel bevarede Präparater, söger Forf. at besvare de forskellige Spörgsmål vedrörende Tubarabortens Forhold og särlig da den mekaniske Side heraf, hvilke Faktorer der ere virksomme ved Äggets Uddrivelse af tuba? Han kommer, som man kunde vänte, til det Resultat, at der ikke lader sig opstille generelle Regler desangående, men fremhäver dog fölgende Sider af Spörgsmålet. Det er for det förste påfaldende, hvor lidt tuba i sin Helhed forandres ved Ägimplantationen; hverken Deciduadannelse eller andre Forandringer sträkke sig synderlig ud over selve det Sted, hvor Ägget har sat sig fast. Särlig er det af Interesse for Abortens Mekanik, at Muskulaturen forandres

så lidt. Måske der undertiden findes en ringe numerisk Hypertrofi af Muskelceller; en Hyperplasi som i uterus forekommer ikke. Tvärtimod findes i Regelen Muskeltrådene sprängte ud fra hinanden ved Blödning, og Muskelcellerne vise ofte dårlige Farvningsforhold. For P. er ved Tubaraborten så godt som altid Blödningen det primäre. Denne Blödning begynder eller er i alt Fald stärkest på det oprindelige Implantationssted, der stedse ligger närmest uterus. Sidder Ägget i den ampulläre Del af tuba, kunne måske Kontraktioner af uterus og den ikke gravide Del af tuba i Forening med Blödningen overvinde den svage Modstand, der i et sådant Tilfälde göres mod Äggets Udstödning, så at her vel ikke själdent kan komme en komplet Abort i Stand. Men eftersom Ägget sidder längere ind mod uterus, bliver Modstanden mod dets Udstödelse större og större, og her vil i mange Tilfälde i Stedet komme enten Ruptur, eller Aborten bliver ufuldständig, en mola bliver tilbage i tuba. Forf. lover i et senere Arbejde at komme ind på andre Spörgsmål vedrörende Tubarsvangerskabet, som han dog i den foreliggende Afhandling ofte berörer. Det kan således fremhäves, at medens Forf. indrömmer Muligheden af, at en sund tuba kan blive gravid, tror han dog det lettere sker, når den er syg, når blot Slimhindens Epitel ikke er gået til Grunde, og han meddeler et Tilfälde, der synes at bevise, at der kan komme Graviditet i en af akut purulent Gonorré lidende tuba.

De sidste Betragtninger före os over til Spörgsmålet om Extrauterinsvangerskabets Ätiologi, hvor de forskellige Anskuelser stå skarpt lige over for hinanden. Ligesom PROCHOWNICK mener LEOPOLD (Dresden), at et Extrauterinsvangerskab kan opstå i en sund tuba: *Beitrag zur Extrauterin-Schwangerschaft* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 27, S. 731—33), og han meddeler et Tilfälde af bristet Tubarsvangerskab, hvor Pat. altid havde väret rask i Barselsängen, ikke havde frembudt sygelige Symptomer fra Genitalorganernes Side siden sidste Födsel, og hvor ved Operationen adnexa vare fri for Adhärencer og makroskopisk syntes sunde (bortset fra det bristede Svangerskab). Den modsatte Anskuelse, at der altid kräves salpingitis, hävdes derimod af GEORGE TAINTURIER: *Étiologie des grossesses extra-utérines* (Thèse de Paris 1895. Ref. i Journ. de l'anat. 1895, Nr 3, S. 310). Forf. har forsögt at fremkalde Extrauterinsvangerskab hos Kaniner ved at underbinde tuba i Tidsrummet mellem den 12te Time og 3dje Dögn efter coitus, da vi vide, at Spermatozoerne ere nåede til fimbriæ 10 Timer efter coitus, og at Ägget, som omtrent samtidig forlader Ovariet, träder ind i uterus ved Slutningen af 3dje eller Begyndelsen af 4de Dag. Hvor varierede og talrige end Forsögene have väret, lykkedes det ikke en eneste Gang Forf. at fremkalde et Extrauterinsvangerskab, og Forf. tror derfor, at for at sådant skal opstå, må der findes en deskvamativ salpingitis (LAWSON TAITs Teori). — En ganske märkelig Ätiologi har Extrauterinsvangerskabet i fölgende Tilfälde, hvor uterus var exstirperet og tuba udmundede i vagina. Det meddeles af P. WENDELER (Berlin): *Ein Fall von Tubenschwangerschaft nach Exstirpatio uteri vaginalis* (Festschr. für Aug. Martin, S. 210—13). Hos en Kone var der i hendes 30te År af ukendt Årsag foretaget Totalexstirpation af

uterus. Herefter hver 4de Uge molimina og lidt Slimafgang. Nu, 6 År efter Operationen, vare sådanne udeblevne 2 Gange, og der var begyndt en häftig Blödning fra vagina. Blödningen kom fra en fin Åbning i Bunden af vagina, ud ad hvilken ragede en hasselnödstor, spändt Amniossäk. Efter dennes Fjärnelse og forsigtig Udskrabning gennem Åbningen med skarp Ske, hvorved fjärnedes villi chorii, ophörte Blödningen, og Pat. kom sig. — Mindre sikker er Diagnosen i fölgende Tilfälde, hvor der skal have fundet en såkaldet ydre Overvandring af Äggets Sted. Det offentliggöres af MAX FUCHS (Liegnitz): *Ueber einen Fall von Extrauterinschwangerschaft auf Grund der äusseren Ueberwanderung des Eies* (D. med. W. 1895, Nr 45, S. 748—49). Ved Laparotomi havde han på den ene Side fjärnet det kystisk degenererede ovarium, på den anden tuba (sammen med et Fibromyom). Snart efter kom der Symptomer på Graviditet, der udstödtes en decidua og dannedes under gentagne Anfald af indvendig Blödning et stort Hämatocele. Forf. mener derfor, at der har väret et bristet Tubarsvangerskab, hvor i så Fald Ägget må väre kommet fra Ovariet på den modsatte Side.

Med Hensyn til Diagnosen af Extrauterinsvangerskabet er der intet nyt af Betydning at referere. Det skal kun omtales, at, medens v. OTT meget anvender og stärkt anbefaler Udskrabning af små Stykker Slimhinde fra corpus uteri i diagnostisk Öjemed, idet ikke alene den mikroskopiske Påvisning af Deciduaceller skal kunne stötte Diagnosen Extrauterinsvangerskab, men tillige Cellernes större eller mindre Udvikling skal kunne antyde, om Svangerskabet er i fremskridende Udvikling eller ej, så advare de fleste mod dette Indgreb, således LÖHLEIN (Giessen): *Die Ausschabung bei ektopischer Schwangerschaft* (D. med. W. 1895, Nr 23, S. 361—63). L. omtaler også den Udskrabning, der ikke själdent foretages i terapevtisk Öjemed mod de uregelmässige Blödninger, uden at Årsagen til disse erkendes, eller når der fejlagtig formodes en uterin Abort. Erfaringen viser imidlertid, at Udskrabningen ofte fölges af betydelig Blödning i den extrauterine Ägsäk eller ud i Underlivet.

Hvad Behandlingen angår, må först omtales den allerede i Begyndelsen af dette Afsnit berörte stigende Tilböjelighed til at operere per vaginam. Man har jo tidligere ikke själdent foretaget Indgreb ad denne Vej ved Extrauterinsvangerskab, dog så godt som uden Undtagelse kun, når Ägsäkken eller en Fosterdel prominerede stärkt i vagina, og man indskränkede sig som oftest til Incision. Men samtidig med, at der har vist sig en stigende Tilböjelighed til at angribe Lidelser i det lille Bäkken ad vaginal Vej, på den ene Side ved den af Franskmändene inaugurerede »castration utérine» og ved deres vaginale Myomoperationer, på den anden Side ved den af DÜHRSSEN i Berlin först foreslåede »vaginale Köliotomi», Åbning af Peritonäalhulen gennem lacunar ant., med forskellige Indgreb, deriblandt Exstirpation af adnexa uteri ad denne Vej — samtidig hermed er som en naturlig Konsekvens kommen Exstirpation af gravide tubæ (bristede eller ikke bristede) ad denne Vej. De förste Tilfälde af denne Art meddeltes af DÜHRSSEN: *Ueber vaginale Köliotomie bei zwei Fällen von Tuben-*

schwangerschaft (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 15, S. 385—95) og ere blevne efterfulgte af mange tilsvarende, isär af tyske Gynäkologer. Tekniken er ikke väsentlig forskellig fra den ved Adnexlidelser overhovedet og skal närmere omtales i näste Afsnit. Fra fransk Side har CONDAMIN (Lyon), idet han dog mest gör sig til Talsmand for LAROYENNEs Idéer, hävdet Fordelene ved at gribe ind per vaginam fremfor gennem Bugväggen; men han synes som Regel at bane sig Vej gennem lacunar post.: *Quelques réflexions sur le traitement par la voie vaginale et l'ablation de la trompe malade dans les grossesses extra-utérines* (Ann. de gyn. 1895 Septb., S. 175—88). Mod denne Betragtningsmåde udtaler DE STRAUCH (Moskwa) sig: *Quelques remarques à propos du mémoire de M. Condamin sur le traitement de la grossesse extra-utérine* (s. St. Decb., S. 468—74), idet han anförer de velkendte Grunde, der tale for Laparotomien, särlig at man ved denne bedre kan se, hvad man har for sig.

Angående Behandlingen kan endnu anföres, at PROCHOWNICK (Hamburg) ved Naturforskerforsamlingen i Lübeck i Septb. 1895 udtalte sig for i visse Tilfälde at anvende Morfinindspröjtning i Fötalsäkken: *Die Behandlung ektopischer Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzung nach v. Winckel* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 41, S. 1081—82). Af 90 Tilfälde, han har iagttaget siden 1883, har han brugt Morfinindspröjtning i 6 Tilfälde. I 4 Tilfälde injiceredes per vaginam i den intakte Fötalsäk ved 1 Injektion uden Aspiration 3—4 Cgm Morfin. 3 kom sig uden Tilfälde i Löbet af 5—8 Uger; hos 1 kom der en Absces, der åbnede sig ind i rectum og nödvendiggjorde Dränage fra vagina, hvorefter Helbredelse. I det 5te Tilfälde injiceredes gennem Bugväggen; efter 2 Dages Forlöb sepsis; Helbredelse efter Laparotomi og Dränage. Ved Operationen viste det sig, at en til Fötalsäkken adhärent Tarmslynge var ramt af Nålen. I det 6te Tilfälde var der allerede för Injektionen dannet et Hämatom. I alle 6 Tilfälde er P. overbevist om Diagnosens Rigtighed, og i alle Tilfäldene var der Deciduaafgang. Efter sine Erfaringer mener P. at kunne opstille den Regel, at man skal forsöge en Morfininjektion, för man skrider til Operation; men man skal kun injicere 1 Gang og ikke aspirere. Den 3dje Måned må heller ikke väre overskreden, og der må ikke väre Symptomer på Tubarabort. Gonorré og akut perimetritis afgive Kontraindikation. Man må kun injicere per vaginam, ikke gennem Bugväggen, da Fötalsäkken i de förste 9—10 Uger ikke ligger op ad denne. I Diskussionen udtalte WERTH, FEHLING og GOTTSCHALK sig mod Morfinindspröjtningen.

Et herhen hörende histologisk Arbejde angående uteri Forandringer ved Extrauterinsvangerskab af A. H. PILLIET (Paris): *Étude histologique des modifications de l'utérus dans la grossesse tubaire* (Ann. de gyn. Octb. 1895, S. 241—69) indeholder intet af Betydning.

Til Slutning skal omtales et Par Tilfälde af Bihornsvangerskab, der jo på så mange Punkter frembyder Overensstemmelse med Extrauterinsvangerskabet, men hvortil det dog ikke kan regnes (men vel til det ektopiske Svangerskab). Det ene Tilfälde er V. OTTs

Tilfälde Nr 5. Fosteret var fuldbåret, dödt. Pat. kom sig. Det andet Tilfälde viste tilsvarende Forhold. Det meddeles af A. HOEPFL (Hausham): *Fall von ausgetragener Nebenhornschwangerschaft. Heilung durch Operation* (Münch. med. W. 1895, Nr 32, S. 756—59). Den 31-årige Kone havde födt 2 Gange. Sidste Menstruation Marts 1893. Herefter häftige Smerter, Kvalme, Svimmelhed, Urinbesvärligheder, der dog bedredes efter nogle Måneders Forlöb. I November svage Fosterbevägelser. 2den Januar 1894 Veer; men orificium åbnedes ikke. Den fölgende Tid af og til Veer. Ingen Blodafgang. Midt i Marts 1894 så Forf. Pat., forefandt en Underlivssvulst og diagnosticerede (isär af Anamnesen) Extrauterinsvangerskab. Da der kom Feber, gjorde han 31 April 1894 Laparotomi. Fra Svulstens övre ydre Hjörne afgik h. lig. rot. og de höjresidige adnexa. Nogen Stilk til uterus kunde ikke föles. Svulsten syedes ind i Bugsåret og inciderededes; dens muskulöse Väg var 1,25 Cm. tyk. Der udtoges et macereret kvindeligt Foster, 47 Cm. langt, 2250 Gm svärt. Placenta sad fast, lodes tilbage. Lidt efter lidt formindskedes tumor, Sekretionen fra dens Hulhed aftog, og der blev kun en Fistel tilbage. Ved at injicere Pyoktaninoplösning gennem Fistelen, kunde man påvise Forbindelse mellem Fötalsäkken og uterus. Fötalsäkken lagde sig efterhånden hen ved Siden af uterus, adskilt fra denne ved en Fure, og nående helt ned til collum.

Gynäkologi. Vilde man framhäve noget ejendommeligt for Gynäkologien i 1895, måtte det navnlig blive fölgende Punkter: Reaktionen mod den »furor operativus», hvormed der fra visse Sider er gået lös mod Retrodeviationerne; den stärke Udvikling af den vaginale »Kôliotomi», Bughulens Åbning gennem lacunar ant., med påfölgende Fjärnelse af Fibromyomer, syge adnexa o. s. v.; den Fremgang, den fra Frankrig udgåede Behandling af Bäkkensuppurationer og af Fibromyomer med vaginal Exstirpation af uterus har gjort i Tyskland; endelig den tiltagende Anvendelse af Totalexstirpationen af uterus også ved ventrale Operationer for Fibromyomer.

Ved Myotomien står jo Spörgsmålet om den bedste Behandling af Stilken stadig på Dagsordenen (se forr. Literaturovers. S. 36—37), og bl. a. har der blandt Tilhängerne af den intraperitonäale Stilkbehandling väret megen Strid om, hvor vidt Suturering af Stilkstumpen (efter SCHRÖDER) eller Ligatur af den (f. Ex. efter ZWEIFEL eller LEOPOLD) gav det bedste Resultat, idet BRENNECKE til Forsvar for förstnävnte Metode sögte at hävde, at Vävets Levedygtighed herved bevaredes, hvorved der ikke blev nogen gunstig Jordbund for Mikrobernes Udvikling, medens der ved Ligatur kom Nekrose af Vävet. WALTHARD (Bern) har sögt at löse dette Spörgsmål ad experimentel Vej: *Experimenteller Beitrag zur Frage der Stumpfbehandlung bei Myomohysterektomie* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 1, S. 7—10). Forf. har foretaget en stor Mängde Forsög på Kaniner, hvis uterus han amputerede, medens Stilkstumpen snart ligeredes, snart suturerededes. Ved fuldständig asepsis fandt han bägge Fremgangsmåder lige gode. Heller

ikke ved efterfölgende Infektion ad Blodvejen eller gennem Tarmkanalen viste der sig Fare ved nogen af Metoderne. Men ved efter Operationen udfört Indbringelse af Stafylokokker i vagina viste Ligaturmetoden sig Suturmetoden overlegen, idet ved sidstnävnte let en Sutur kan skäre igennem og Infektionen derved bringes ud til Peritonäalhulen. W. mener herved at have tilbagevist BRENNECKEs Indvendinger mod Ligaturmetoden. RUNGE (Göttingen) forsvarer derimod Suturering af Stumpen: *Stumpfbehandlung nach supravaginaler Amputation des Uterus* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 49, S. 1289—90). Han desinficerer blot vagina, ikke Cervikalkanalen för Operationen og lägger ingen Vägt på at forene peritonæum over Stumpen. Han har anvendt Metoden i 27 Tilfälde; 26 kom sig glat, 1 döde af Pnevmoni. HECTOR TREUB (Leiden) anvender Forsänkning af den elastiske Ligatur om Stilkstumpen: *Zur Stumpfbehandlungsfrage bei der Myomohysterectomie* (M. f. G. u. G., 1, S. 214—28). Han anvender hertil et Nélatons Kateter Nr 11 eller 12, der för Brugen har ligget mindst 48 Timer i en 5 % Karboloplösning. Det sträkkes stärkt, lägges 2 Gange om cervix, Enderne knyttes enkelt under vedvarende Stramning, og Knuden sikres ved en tynd Silkeligatur, hvorefter Enderne både af denne og af den elastiske Ligatur klippes kort af. Han har 100 Tilfälde med 7 döde.

Totalexstirpation per laparotomiam af den myomatöse uterus for at undgå al Stilkbehandling er jo isär bragt frem af den MARTINske Skole. Den Teknik, A. MARTIN (Berlin) i den seneste Tid har anvendt, har han beskrevet i et Foredrag i Berl. Gesellsch. f. Gynäkol.: *Die Totalexstirpation des myomatösen Uterus per coeliotomiam* (Berl. kl. W. 1895, Nr 29, S. 625—28). Herved er egentlig kun at bemärke, at han, når collum er lösnet til Siderne og bagtil, lader lac. ant. strammes ved, at Svulsten får Lov til at synke ned over Symfysen, hvorpå han afslutter Exstirpationen med at lösne Forbindelsen fortil fra Vaginalsiden, idet efter Gennemskäringen af vagina Aflösningen i övrigt nästen alene sker ved Svulstens Vägt, hvorved man er sikret mod at lädere vesica. Ligaturenderne (Katgut) föres ned i vagina, hvorefter peritonæum i Bäkkenbunden forenes ved Suturer forfra bagtil. Ved Diskussionen (s. n.) angav han dog i sine sidste 4 Tilfälde at have opgivet denne Suturering. Af 81 (i Diskussionen 90) efter denne Metode opererede döde 6. I Diskussionen om M's Foredrag (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 46, S. 1228—30) vare Talerne (OLSHAUSEN, L. LANDAU, BRÖSE, MACKENRODT, DÜHRSSEN) ikke ubetinget stemte for Totalexstirpationen, i alt Fald ikke for alle per laparotomiam opererede Tilfäldes Vedkommende. OLSHAUSEN mente, at den angivne Teknik var nöje knyttet til den af MARTIN ved Laparotomien i det hele taget anvendte Placering af Patient og Operatör; vil man benytte hävet Leje af Bäkkenet, er MARTINs Teknik uanvendelig. — I Frankrig er det isär L. G. RICHELOT (Paris), der har väret Hovedtalsmand for også at göre Totalexstirpation i de Tilfälde, hvor man ikke kan udföre Exstirpation per vaginam, men nödes til at göre Laparotomi. Han beskriver sin Teknik i en Afhandling: *Sur un procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins*

(L'union méd. 1895, Nr 18, S. 205—8). Efter forskellige Forsög har han slået sig til Ro ved en Metode for Totalexstirpation af uterus, hvorved der slet ikke benyttes Ligaturer. Efter at have vältet uterus ud lösner han fortil en Peritonäallap og dissekerer denne lös så dybt ned som muligt. På to i vagina indförte Fingre åbner han så lacunar ant., indförer ovenfra en Finger i den frembragte Åbning og dilaterer denne til bägge Sider med Sax, idet han holder sig lige op ad uterus. Der er herved ingen videre Blödning. Man går på hver Side til Basis af lig. latum eller lidt ind under dette. Man fatter derpå lig. latum med hele v. Hånd, Tommelen fortil, de andre Fingre bagtil, og idet man förer Saxen lukket ned, hvor Lösningen af lacunar endte, förer man den under a. uterina og perforerer derpå bageste Blad af lig. latum med den. Idet man träkker Saxen tilbage, åbner man den for at udvide denne Åbning og förer så strax ovenfra en Finger ned gennem den. Derpå indföres per vaginam en stor Richelotsk Klemmetang, hvis bageste Blad indföres gennem sidstnävnte Åbning, det forreste gennem den store Abning. Den anlägges udenfor Ovariet og tuba. Dette gentages på den anden Side, lig. latum gennemskäres, og hele Massen hänger nu kun fast bagtil, hvilket Parti gennemskäres til sidst. Med lange Klemmer fattes nedenfra de blödende Punkter her, og til sidst lägges ovenfra Jodoformgaze ned i vagina, hvorpå Bugsåret lukkes. Forf. lägger ingen Vägt på, at man anbringer de store Klemmetänger, inden uterus er amputeret. — En Metode, der mere ligner den i Tyskland anvendte, er angiven af LE BEC: *Hystérectomie abdominale totale par ligatures* (Ann. de gyn. 1895, Novb., S. 356—83). Det väsentlige ved den er, at han, for at hindre Afglidning af den Ligatur, der fatter Basis af Ligamentet (med a. uterina), på hver Side lader sidde et Stykke af collum uteri, der så med Ligaturerne träkkes ned i vagina. PÉAN: *Les fibromes utérins* (s. St., S. 345—50) forkaster Totalexstirpation alene per abdomen; skal den foretages, bör collum og cervix udlöses per vaginam. Af denne Operation og rent abdominale Operationer (altså ikke Totalexstirpationer; også stilkede Svulster? Ref.) har han i 1890—94 haft 120 Tilfälde med 7 döde. Totalexstirpation alene per vaginam vil han anvende, hvor Svulsten ikke er större end et nyfödt Barns Hoved. Han har i det nävnte Tidsrum heraf haft 248 Tilfälde med 4 döde. PAUL SEGOND: *Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale* (s. St., S. 329—44) mener, at ethvert Fibromyom, der ikke overskrider Umbilikaltransversalen, bör fjärnes per vaginam. Han fremhäver imidlertid, at det er en besvärlig og langvarig Operation. Fra Kastration er han ganske kommen bort.

En särlig Art Fibromyomer, nemlig Fibromyomerne i lig. latum, göres til Genstand for Omtale af VAUTRIN (Nancy): *De l'extirpation des fibromes des ligaments larges* (Ann. de gyn. 1895, Novb., S. 391—411). Efter at have omtalt disse Svulsters omtvistede Oprindelse, i det de ofte synes at väre uden Forbindelse med uterus, beskäftiger han sig især med Behandlingen. De stilkede fjärnes ligefrem efter Underbinding af Stilken. De mellemstore kan man enukleere. Men ved de meget store, hvis Enukleation giver en meget dårlig Prognose (Faren

en navnlig Hämorragi), bör man foretage Totalexstirpation af uterus sammen med Svulsten, og det selv om denne slet ikke udgår fra uterus.

Vi nävnede lige, at SEGOND ganske forkaster Kastrationen som Behandling af Fibromyomer. Også FRITSCH (Bonn) er af denne Mening: *Totalexstirpation statt Castration* (D. med. W. 1895, Nr 24, S. 377—78). Så vel ved Fibromyomer som ved andre Lidelser, for hvilke man foretager Kastration, er det kun altfor hyppigt, at Resultatet ikke svarer til Forväntningerne. F. er derfor mere og mere kommen til at foreträkke også at fjärne uterus, og det helst per vaginam, da dette Indgreb er langt mindre farligt end en Laparotomi. Ved betändelsesagtige Adnexsvulster, altså ved diagnosticeret pyosalpinx, foreträkker F. dog Laparotomi; til denne Side af Spörgmålet ville vi senere komme tilbage.

Ved Siden af Kastrationen har man i de senere År forsögt Underbinding af aa. uterinæ mod Fibromyomer. Nogle Tilfälde af denne Art fra HOWITZ's Klinik ere meddelte i dette Tidskrift (1895, Hft. 3., Nr 14) af PAUL KUHN; 5 andre Tilfälde meddeles af C. C. FREDERICK (Buffalo): *Ligation of the broad ligaments for uterine fibromyomata* (Amer. j. of obst. 1895, Septb., S. 348—54). Forf. meddeler 5 Tilfälde. I 2 af disse foretoges Underbinding af Basis af Ligamenterne per abdomen; hos den ene Patient, 33-årig med en tumor til midt imellem Symfysen og Navlen, fjärnes de venstresidige adnexa for Betändelse; Fibroidet svandt, men menses holdt sig rigelige; hos den anden laparotomerede, en 48-årig, fjärnedes en venstresidig Ovariekyste; $2^1/_2$ Måned senere kom der Gangrän af en submukös Svulst; efter dens Fjärnelse Helbredelse. Af de 3 per vaginam opererede Patienter var Nr 1 25 År. Svulsten nåede over umbilicus. 18 Dage p. o. nåede den just over Symfysen, senere fik uterus normal Störrelse; der var stärk Temperaturförhöjelse (til 40°) fra 2. til 10. Dag. Nr 2 var 38 År. Tumor hönseägstor. Her gjordes Udskrabning samtidig med Underbindingen. Tumor svandt, men menses holdt sig rigelige. Nr 3 var 45 År. Tumor nåede Ribbenskurvaturen. Den begyndte at svinde stärkt hurtig efter Operationen og vedblev endnu at formindskes en Måned p. o., da Forf. sidst hörte til Patienten.

Det blev i forrige Literaturoversigt (S. 47) nävnt, at DÜHRSSEN også havde benyttet den af ham angivne vaginale Laparotomi eller, som den også kaldes, Colpotomia ant. til Fjärnelse af små Fibromyomer. Denne Form for Fibromexstirpation er yderligere dyrket af A. MARTIN, der også ad denne Vej fjärner submuköse Svulster, idet han da först spalter forreste Väg af uterus, der natureres efter endt Svulstexstirpation, för uterus repoueres i Bughulen (og vaginifixeres). M. har bl. a. holdt et Foredrag om Metoden i Gesellsch. f. Geburtsh. zu Leipzig: *Zur Colpohysterotomia anterior mediana* (Centralbl. f. Gyn. 1895. Nr 7, S. 193—98). Også blot for at undersöge uteri Indre vil M. anvende Metoden, idet han forkaster Dilatation af Cervikalkanalen. Metoden er kun brugbar ved små Svulster. Större Svulster bör angribes per laparotomiam; den vaginale Totalexstirpation for Fibromyomer forkaster M. I Diskussionen (s. St. Nr 8, S. 219—24) uttalte

SÄNGER sig mod sidstnävnte Anskuelse, og han og ZWEIFEL og FEHLING (Basel) forsvarede Dilatation med Laminariastifter. SÄNGER var i et Par Tilfälde begyndt med en Kolpohysterotomi, men havde måttet afslutte med en Kolpohysterektomi, og således trode han, det oftere vilde gå. I övrigt udtaltes fra alle Sider Sympati for Indgrebet i dertil egnede Tilfälde.

Fjärnelse af Fibromyomer er jo imidlertid kun en ringe Del af det Område, der var tiltänkt Colpotomia ant.[1]) Indgrebet er et Led i den ved Vaginifixuren anvendte Fremgangsmåde, således som denne Operation efterhånden havde udviklet sig (se forr. Literaturovers. S. 47—48), og her fik den sit Hovedområde, men er desuden bleven anvendt i stor Udsträkning ved Operationer på adnexa uteri. En Oversigt over Operationens Anvendelse i det hele taget giver A. MARTIN: *Die Colpotomia ant.* (M. f. G. u. G. 2, S. 109—22). Han, som nästen alle andre, der have anvendt Metoden, ere forbavsede over den gode Adgang, den giver til Organerne i det lille Bäkken. MARTIN afslutter i alle Tilfälde Operation med en vaginifixura uteri. Også udenfor Tyskland har Operationen vundet Indgang. I Danmark roser således V. HEIBERG (Fredriksberg) den i *Bemärkninger om Retroflexio uteri og dens Behandling* (Hosp. Td. 1896, Nr 1, S. 1—10; Nr 2, S. 25—40), og i England udtaler f. Eks. JOHN W. TAYLOR (Birmingham) sin Tilfredshed med den: *On the opening of the abdomen from the vagina and vaginal fixation of the uterus* (Brit. med. j. 11. I. 96, S. 78—79). Som man ser, er der for de fleste en nöje Forbindelse mellem Colpotomia ant. og Vaginifixuren; dog udtaler f. Eks. V. HEIBERG udtrykkelig, at medens han forkaster sidstnävnte Operation, holder han fast ved Kolpotomien, som det aldeles ikke er nödvendig, at afslutte med Vaginifixur. Det vilde også väre yderst uheldigt for Kolpotomien, om dens Existens var ulöseligt knyttet til Vaginifixuren; ti denne Operation synes allerede i alt väsentligt at have udspillet sin Rolle. Det er til både at le og at gräde over, når man ser den Komedie, der i denne Henseende er opfört med Berlin som Hovedskueplads. Det vilde blive for vidtlöftigt her at komme ind på Sagens Enkeltheder, der også snart kun have historisk Interesse; til Dels kunne vi også henvise til et Par danske Afhandlinger, hvor Spörgsmålet, i alt Fald delvis behandles, nävnlig det overfor nävnte Arbejde af V. HEIBERG og LEOPOLD MEYER: *Om Retroflexio uteri* (Bibl. f. Lg. 1896. Hft. 2, S. 93—112) med påfölgende Diskussion i Medic. Selskab (Hosp. Td. 1896, Nr 10, S. 249—51). Efter at Vaginifixuren först var banket op til at skulle väre en Operation af allerstörste Betydning, der af forskellige Gynäkologer udförtes med en ligefrem fabelagtig Hyppighed,[2]) begyndte der först at göre sig enkelte Stemmer gäldende mod dette Misbrug; så kommer der pludselig den ene Meddelelse frem efter den anden om yderst farlige Födselskomplikationer forårsagede ved

[1]) Det vil i dette Afsnit blive det hensigtsmässigste også at omtale noget af Literaturen fra Begyndelsen af 1896.

[2]) Exempelvis kan anföres, at WILH. RÜHL, der praktiserer i en lille By, Eibach-Dillenburg, i sit nedenfor nävnte Arbejde angiver at have udfört Vaginifixur 235 Gange.

Fölgerne af det nävnte Indgreb; og på et Par Måneder ramler så det hele sammen, og DÜHRSSEN er noget när den eneste, der endnu forsöger at forsvare Operationen, medens den ellers er almindelig forladt (bortset fra de själdene Tilfälde, hvor Indgrebet kan väre indiceret efter Forplantningsävnens Ophör). Vi skulle her nöjes med at anföre Titlerne på en Del af de herhen hörende Afhandlinger og kort referere de vigtigste af dem. R. OLSHAUSEN (Berlin): *Ueber Behandlung der Retrodeviationen des Uterus* (Z. f. G. u. G. 32. 1, S. 1—24). M. GRAEFE (Halle): *Ueber die Behandlung, insbesondere die operative, der Rückwärtslagerung der Gebärmutter* (Volkm. klin. Vertr. N. F. Nr 125). THEILHABER (München): *Die Therapie der Retroflexio Uteri* (M. f. G. u. G. 2, 266—77) og *Zur Pathologie und Therapie der Retroflexio Uteri* (s. St. 3, S. 111—21). B. S. SCHULTZE (Jena): *Einiges über Pathologie u. Therapie der Retroflexio uteri* (s. St. 1—8 og 101—10). A. MACKENRODT (Berlin): *Die weitere Entwickelung der Vaginofixatio* (Festschr. für Aug. Martin, S. 96—100) og *Kritische Bemerkungen über Vaginofixation und Kolpoköliotomie in Beziehung zu Schwangerschaft und Geburt* (M. f. G. u. G. 2, S. 355—65). VELDE (GUSSEROW's Klin., Berlin): *Fall von absolutem Geburtshinderniss nach Vaginaefixation des Uterus* (Berl. kl. W. 1895, Nr 36, S. 793). P. STRASSMANN (Berlin): *Zur Kenntniss des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufes bei antefixirtem Uterus* (Ctbl. f. Gyn. 1895, Nr 49, S. 1300—2 og A. f. G. 50. 3, S. 473—510). MACKENRODT: *Ueber die Unzulässigkeit der Vaginofixation und ihren nothwendigen Ersatz durch Vesicofixation* (s. St. S. 1302—3). Diskuss. om disse to Foredrag: s. St. Nr 52, S. 1372—79. N. FLAISCHLEN (Berlin): *Die gegenwärtige Stellung der Berliner Gynäkologen zur Antefixatio uteri* (M. f. G. u. G. 2, S. 529—31) med Svar fra MACKENRODT s. St. 3, S. 72—74. P. WENDELER (MARTIN's Klin., Berlin): *Ueber die Colpotomia ant. und ihre Erfolge* (Berl. kl. W. 1896, Nr 1, S. 11—14; Nr 2, S. 35—43). R. KOSSMANN (Berlin): *Die Eröffnung der Bauchhöhle zwischen Blase und Gebärmutter* (D. med. W. 1895, Nr 48, S. 792—94). GRÄFE (Halle): *Ueber schwere Geburtsstörungen infolge von Vaginofixatio uteri* (M. f. G. u. G. 2, S. 472—77). MILÄNDER (GOUBAROFFs Klin., Jurjew-Dorpat): *Ventrifixation des Uterus, Schwangerschaft und Querlage des Kindes* (Z. f. G. u. G. 33. 3, S. 464—85). E. WERTHEIM (SCHAUTAs Klin., Wien): *Ueber Verlauf von Geburt und Schwangerschaft bei vaginofixirtem Uterus* (Centralbl. f. Gyn. 1896. Nr 2, S. 25—34). WILH. RÜHL (Eibach-Dillenburg): *Ueber die Behandlung der Geburtsstörungen nach vaginaler Fixation* (s. St. Nr 6, S. 147—54). LUDWIG (SCHAUTAs Klin., Wien): *Exstirpation des Uterus wegen nicht zu beseitigenden Schmerzen und Blutungen nach Vaginifixation* (s. St. Nr 8, S. 228—29). PINZANI (Bologna): Kejsersnit efter Ventrofixation (Atti della soc. ital. di Ost. e Gyn. 1895. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1896, Nr 9, S. 261). ABEL (Berlin): *Eine neue Indication zur Sectio caesarea nach Porro* [*Ventrofixation*] (Berl. kl. W. 1896, Nr 13, S. 280—83). A. DÜHRSSEN: *Ueber Geburtsstörungen nach Vaginofixation, ihre Bedeutung, Behandlung und Verhütung* (s. St. S. 278—80; Nr 14, S. 301—5); Diskussion herom: Centralbl. f.

Gyn. 1896, Nr 10, S. 279—85. FR. WESTPHALEN (WERTHs Klin., Kiel): *Vesicofixatio und Ventro-vesicofixatio uteri* (M. f. G. u. G. 2, S. 1—7). C. STAUDE (Hamburg): *Zur Vesicofixatio uteri, Hysterocystopexie* (s. St. 3, 94—100). GUENTHER (Dessau): *Ein Fall von vaginaler Ventrofixation des Uterus* (Centralbl. f. Gyn. 1896, Nr 8, S. 215—19). E. WERTHEIM: *Neue Methoden der vaginalen Antefixatio uteri* (s. St. Nr 10, S. 265—69). E. BODE (Dresden): *Intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda zur Heilung der Retroflexio uteri mittels Laparotomia vaginalis anterior* (s. St. Nr 13, S. 357—59). — Vi skulle rent exempelvis referere enkelte af de her citerede Arbejder. Som Exempel på Angrebene mod Vaginifixuren skal omtales et Par af MACKENRODT's Arbejder. Han siger f. Ex. i *Die weitere Entwickelung* o. s. v., at, hvis man ved Kolpotomia ant. ved ikke mobil uterus lösner Adhärencer, kan man let få Blödning fra a. spermatica på et Sted, hvor Blodstandsningen kan väre vanskelig; han har således af denne Grund 4 Gange måttet foretage Totalexstirpation af uterus for at nå op til det blödende Sted. Han foreträkker derfor Laparotomi i disse Tilfälde, ligesom han også ved suppurative Adnexlidelser foreträkker denne Vej eller også vaginal Operation med forudgående Incision i fossa Dougl., hvorigennem han senere dränerer. Ved mobil Retroflexion frygter han for, at, hvis man åbner peritonæum og syr fundus uteri ind i Åbningen efter först at have lösnet Blären, så får så vel uterus som adnexa et fejlagtigt Leje, der senere kan hindre Konception eller, hvis denne indträder, forårsage Abort. — I en senere Artikel: *Kritische Bemerkungen über Vaginofixation* o. s. v. udtaler han sig endnu bestemtere mod de nävnte Indgreb, idet han stötter sig på de meddelte Tilfälde af vanskelig Födsel og Abort efter extraperitonäal Vaginofixation. Da uterus ved denne fixeres i patologisk Anteflexion ved Bindevävsar, må noget sådant indträffe. Er uterus fixeret i Retroflexion, så at den må träkkes helt ud i vulva, for at man kan komme til at lösne Adhärencer, er Faren for Infektion stor, idet der ved Manipulationerne udtrykkes Sekret fra cervix, fra Krypterne omkring orific. urethræ, fra gld. Barthol. og fra Hudkirtlerne omkring anus og vulva. Absolut sikrer heller ikke denne Metode mod Recidiv. Ved fixeret Retroflexion tilråder Forf. derfor Laparotomi og Ventrofixation; vil man operere ved mobil Retroflexion, skal man fixere uterus intraperitonäalt, idet man med det samme ved forsänkede, fortlöbende Katgutsuturer tillukker fossa vesicouterina. For ikke herved at lädere en Tarm (hvad der er passeret WERTHEIM), kan man åbne peritonæum, föle efter med Fingeren, og så först sy peritonæum sammen med forreste Väg af uterus helt op til fundus. I Modsätning hertil kan som Exempel på Forsvar for Vaginifixuren nävnes R. KOSSMANNs Artikel: *Die Eröffnung der Bauchhöhle* o. s. v., i hvilken han tager Vaginifixuren i Forsvar mod de Angreb, der ere rettede mod den, särlig af STRASSMANN og MACKENRODT, der have påstået, at der ved den fremkaldte Fixation skabes ugunstige Forhold for senere Svangerskab og Födsel. K. benägter dette; er Operationen udfört rigtig, er det Peritonäalfladen af uterus, der voxer sammen med vaginas submucosa, og der er da Forskydelighet nok for uteri Växt i Svangerskabet. Kun

hvor uteri seröse Beklädning er reven af eller läderet således ved Operationen, at den senere nekrotisserer, fixeres selve uterus. Forf. foreträkker den vaginale Operation for Laparotomien i alle Tilfälde, hvor hin kan aflöse denne; og särlig foreträkker han Vaginifixuren for Ventrofixationen (og for ALEXANDER-ADAMS's Operation). Ved Retroflexion vil K. dog kun operere, hvis Pessariebehandling ikke förer til Målet. At K. näppe har Ret, synes det store Antal af Födselskomplikationer at tyde på, som ere angivne i de ovenfor citerede Arbejder. OLSHAUSEN mener, at, når der efter Ventrofixation kommer Forstyrrelser for Svangerskab og Födsel, da beror det på, at man ikke har fulgt den af ham oprindelig angivne Teknik, Fiksation ved Tubahjörnerne, men har syt selve corpus fast til forreste Bugväg. Det er en tilsvarende Betragtning, der gör sig gäldende for WERTHEIM ved hans Forslag til en Forbedring af Vaginifixurens Teknik (nästsidste citerede Artikel). Han foreslår nämlig, at man ikke skal sy corpus uteri fast til vagina, men gennem en colpotomia ant. sikre sig ligg. rotunda og fixere dem i Vaginalsåret. BODE vil ad samme Vej forkorte ligg. rot. På de andre Forslag til Modifikation af Ventro- og Vaginofixationen skulle vi ikke indlade os närmere; de ville näppe opnå nogen lang Levetid.

Hvad nu de meddelte Tilfälde af Födselskomplikationer angår, da stemme de i meget overens, ere nästen typiske, ja, man taler allerede om en Vaginifixur-Födsel. Fundus står dybt, Orificium meget höjt bagtil, ofte ligesom i en särlig udtrukken Poche af vagina; bageste Väg af uterus er enormt udvidet; orificum udvides ikke. I nogle Tilfälde (WERTHEIM) er det lykkedes at forlöse ved Vending, i nogle Tilfälde (RÜHL) har man gennemskåret forreste Vaginalväg og den dermed sammenvoxne forreste Väg af Cervikalkanalen og nedre Uterinsegment, atter i andre Tilfälde har man gjort Kejsersnit efter den ene eller anden Metode. I et af STRASSMANNs Tilfälde kom der ruptura uteri og Död. Men foruden disse Tilfälde er der oftere forekommet mindre alvorlige Komplikationer, så at Kunsthjälp forholdsvis ofte er nödvendig; efter MILÄNDER var ved 54 Forlösninger efter Ventrofixation Kunsthjälp nödvendig 11 Gange, og Forholdet synes at väre endnu uheldigere efter Vaginifixur. Desuden synes Abort at väre hyppig efter dette Indgreb. Intet Under derfor, at nu nästen alle synes enige om, at Vaginifixur er kontraindiceret, så länge Kvinden er forplantningsdygtig.

Endnu skal i dette Afsnit Opmärksomheden henledes på de i Begyndelsen citerede Arbejder af THEILHABER og SCHULTZE. T. står på samme Standpunkt som f. Ex. SALIN (se Hygiea 1894, Nr 11) og fralägger Retroflexionen al klinisk Betydning, medens SCHULTZE hävder denne; Argumenterne ere fra bägge Sider de sädvanlige og vel kendte. OLSHAUSEN giver i al Korthed en forträffelig Oversigt over de forskellige Former af Retroflexion og disses Betydning.

Heller ikke Colpotomia ant. som selvständig Operation er forbleven uantastet. I Diskuss. om LEOP. MEYER's Foredrag udtalte HOWITZ sig for snarere at gå ind gennem lacunar post. P. J. TEPLOFF (Kasan) udtaler sig i samme Retning: *Ueber Entfernung der Adnexe und ihrer Neubildungen vom hinteren Scheidengewölbe aus, Colpotomia*

post. (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 25, S. 671—76). Også MACKENRODT har forladt lacunar ant. til Fordel for lacunar post.: *Beitrag zu den vaginalen Adnexoperationen* (Berl. kl. W. 1896, Nr 11, S. 237—38). BUMM (Basel) har ved en Del Ovariotomier benyttet dels lacunar ant., dels lacunar post., en enkelt Gang bägge: *Ueber Ovariotomie von der Vagina aus* (Centralbl. f. Gyn. 1896, Nr 12, S. 313—17). I et af sine Tilfälde måtte han dog gå over til Laparotomi; og han råder til kun at benytte Vejen fra Vagina, hvor Ovariekysten präsenterer sig godt med et större Segment i lacunar ant. eller post.

Ikke blot finder således den vaginale Vej til Peritonäalhulen et stadig voxende Område og kommer atter til Äre og Värdighed efter i mange År at have väret trängt ganske i Baggrunden af Laparotomien. Men man er i Tyskland også mere og mere tilböjelig til samtidig med, at man angriber Lidelser af adnexa per vaginam, da at anerkende Rigtigheden af den fra fransk Side opstillede Påstand, at man da også ofte bör exstirpere uterus, eller med andre Ord, at anerkende Berettigelsen af den såkaldte »castration utérine». Vi omtalte ovenfor (S. 26), at FRITSCH udtalte sig for også at borttage uterus, når man fjärnede adnexa på bägge Sider, medens han dog ved pyosalpinx foreträkker at gå ind gennem Bugväggen fremfor gennem vagina. I lignende Retning udtalte SCHAUTA (Wien) sig i et Foredrag på den tyske Gynäkologkongres i Wien i Juni 1895: *Ueber Adnexoperationen* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 29, S. 779—80). Ved at efterforske det senere Resultat af sine Adnexoperationer havde han i kun 56,6 Pct. af Tilfäldene fundet et fuldt tilfredsstillende Resultat, ved enkeltsidig Operation endog kun i 23,5 Pct. Ved gonorroiske Lidelser vil han derfor, selv om adnexa på den anden Side synes at väre fuldständig sunde, dog også borttage disse. Men også uterus bör fjärnes. Som Regel må dette ske gennem Bugväggen, per vaginam kun, hvis adnexa ere små og lidet adhärente, så at uterus kan träkkes godt ned. Opererer man per vaginam, må man dog ikke, som den franske Skole, lägge Hovedvägten på Borttagelsen af uterus; selve adnexa må omhyggeligt fjärnes fuldständigt. I Diskussionen sluttede FRITSCH sig til SCHAUTA. LANDAU vil som Regel operere per vaginam, hvad han jo länge har forsvaret; det er ikke blot, som SCHAUTA mener, ved Gonorré, at uterus bör fjärnes, men ved alle betändelsesagtige Tilstande, hvor der er Indikation for dobbeltsidig Exstirpation af adnexa. Om at Metoden har vundet Indpas i Tyskland, vidner foruden talrige spredte Udtalelser en stor Afhandling af A. DÜHRSSEN (Berlin): *Ueber die Technik und die Indicationen der vaginalen Hysterectomie, speciell bei schwerer Adnexerkrankung* (A. f. G. 49.2, S. 324—68). — Også et vaginalt Indgreb, men af langt mindre indgribende Natur, anbefales for visse af disse Tilfälde af HOFMOKL (Wien): *Ueber entzündliche und einzelne Formen nicht entzündlicher, sowie durch Blutansammlung entstandene Geschwülste im weiblichen Becken und deren chirurgische Therapie* (Wien. kl. W. 1895, Nr 19, S. 341—45; Nr 21, S. 383—85). H. anbefaler i »dertil passende Tilfälde» at behandle pyo-, og hydrosalpinx, Ovarialabscesser og lignende Ansamlinger i det lille Bäkken med Punktur og Aspiration eller Incision fra vagina. Punkturen udföres med temmelig

fin Nål (1,5—2 Mm.) og efterfölges ikke af nogen Udskylning eller Indspröjtning. Ofte må den gentages.

At de såkaldte konservative Adnexoperationer (Ovarialresektion, Salpingostomi o. s. v.) ved Siden af deres ubestridelige Fortrin også kunne frembyde Skyggesider, er der i disse Literaturoversigter flere Gange givet Exempler på. Et nyt sådant meddeles af ODEBRECHT i Berlin (Z. f. G. u. G. 33. 1, S. 162). Ved en Laparotomi havde Operatören fjärnet adnexa på höjre Side og gjort Salpingostomi på venstre. I Begyndelsen Bedring, senere atter de gamle Klager, hvorfor O. atter gjorde Laparotomi og fjärnede adnexa på venstre Side, hvor der nu fandtes pyosalpinx og abscessus ovarii. Derefter Helbredelse.

Medens Kastration som terapevtisk Middel i og for sig således närmest taber Terrän, er der dog et Område, hvor denne Operation vedblivende synes at hävde sin Betydning, og det er lige overfor Osteomalacien, således som det fremgår af det fölgende. FEHLING (Halle) gör udförligt Rede for sine Tilfälde af Kastration og Porro-Operation for at imödegå WINCKELs i forr. Literaturovers. omtalte Anskuelser: *Weitere Beiträge zur Lehre von der Osteomalakie* (A. f. G. 48.3, S. 472—98). Han har 14 Tilfälde af Kastration og 6 af Porro-Operation, og i dem af disse, der have kunnet fölges flere År efter Operationen, har Resultatet i de allerfleste Tilfälde väret tilfredsstillende. Af Kloroformering i og for sig har F. ikke set nogen Nytte. At der, som han tidligere har påstået, altid fandtes Hyperämi af adnexa, indrömmer han nu, ikke er rigtigt. Derimod har hans Assistent ROSSIER i 3 undersögte Tilfälde stedse fundet hyalin Degeneration af Karrene i Ovariet og hilus og til Dels af Ovariets Bindeväv: *Anatomische Untersuchung der Ovarien in Fällen von Osteomalacie* (s. St., S. 606—15), et Fund, der stemmer meget overens med, hvad samtidig v. VELITS har påvist, og som bestyrker F. i hans Antagelse, at Lidelsen beror på en Abnormitet i Ovariernes Virksomhed. Også Meddelelserne fra RUNGEs Klinik (Göttingen) ere til Gunst for Kastrationen, således som det fremgår af en Afhandling af v. d. BUSSCHE-HADDENHAUSEN: *Die in den Jahren 1890—94 in der Frauenklinik zu Göttingen operirten Fälle von Osteomalacie* (s. St. 49. 1, S. 100—23). Der er 6 Tilfälde, 5 Kastrationer og 1 Porro-Operation. Det sidste Tilfälde var allerede udhelet för sidste Svangerskab og förvärredes ikke ved dette; af de 5 Kastrationer döde 1 (allerede tidligere ref. i disse Literaturovers.); de 4 kom sig og bedredes betydeligt for deres Osteomalaci, men en absolut Helbredelse i v. WINCKELs Betydning, d. v. s. fuldständig Frihed for Smerter og for al Ömhed af Knoglerne for bestandig opnåedes i Regelen ikke. I et af Tilfäldene vare Deformiteterne så betydelige, at Gangen var og blev umulig; Forf. mener derfor, at man bör fölge SEELIGMANNs Fremgangsmåde [se Literaturovers., Bd 10, Hft. 3, S. 236] og söge at udrette Deformiteterne strax efter Operationen, imedens Knoglerne endnu ere blöde. Tilsvarende til Resultaterne fra RUNGEs Klinik ere de, der af NEUMANN meddeles fra TAUFFERs Klin. i Budapest: *Weitere Beiträge zur Lehre von der Osteomalacie* (s. St. 50. 1, S. 138—77). Gennemgående vare Resultaterne gode; men *fuld* Helbredelse opnåedes ikke altid og i 1, meget vidt fremskredet

Tilfälde med meget betydelige Knogledeformiteter, var Resultatet meget ringe. Der var 4 Tilfälde af Kastration hos ikke gravide, 3 Tilfälde af Porros Operation (hvoraf dog det ene Tilfälde udgår, da Operationen udförtes ved ruptura uteri og Pat. döde 7 Dage p. o.), endelig 2 supravaginale Amputationer af uterus i 3dje, henholdsvis 5te Svangerskabsmåued. Efter Operationen tilråder Forf. at anvende Fosfor. I 3 af Tilfäldene fra de ikke gravide undersögtes Ovarierne mikroskopisk, og i alle 3 Tilfälde fandtes den omtalte hyaline Degeneration af Arterierne. Hyperämi af adnexa eller stärk Udvikling af Ovarierne fandtes ikke. — Endnu skal kun tilföjes, at LATZKOs i forrige Literaturovers. (S. 41, överst) omtalte Afhandling nu foreligger udförligt gengiven: *Zur Diagnose und Frequenz der Osteomalacie* (M. f. G. u. G. 1, S. 152—68). Som omtalt, söger Forf. at hävde, at Osteomalacien, i alt Fald i Wien, slet ikke er nogen själdent forekommende Lidelse. Men den diagnosticeres ofte ikke, fordi man til Diagnosen kräver betydelige Skeletforandringer. Men dette er urigtigt, og han hävder, at: »Kontraktur af Adduktorerne, Ileopsoas-Paralyse, eventuelt Forögelse af Senereflexerne er i Forbindelse med efterviselig Ömhed af forskellige Knogler tilsträkkelige Holdepunkter til, også uden at der findes Forandringer af Skelettet, med Sikkerhed at diagnosticere Osteomalaci.»

Om den egentlige Ovariotomi synes der ikke mere at fremkomme noget nyt. Derimod fortjäner et större Arbejde om de papillomatöse Ovariesvulster Omtale. Det er af PFANNENSTIEL (Breslau): *Ueber die papillären Geschwülste des Eierstocks* (A. f. G. 48,3 S. 507—605). Stöttet til Materialet fra FRITSCHs Klinik, 60 Tilfälde, der meddeles i tabellarisk Form, söger Forf. ved Hjälp af anatomiske og kliniske Undersögelser at klare Spörgsmålet om de papillomatöse Ovariesvulsters Malignitet, der nu i Almindelighed anses som fastslået. Da henved Halvdelen af dem ere virkelige Kräftsvulster (Adenokarcinomer, meget själdent Adenosarkomer) med alle en malign Svulsts Egenskaber fuldt udviklede, forstås denne Opfattelse let. Men det er urigtigt også at betragte de histologisk til de benigne Nydannelser hörende papilläre Ovariesvulster (navnlig adenoma papillare pseudomucinos. og adenoma papillare simplex) som maligne, og de udgöre dog over Halvdelen. Faren ved disse er navnlig dels de peritonäale Implantationer, de kunne give Anledning til, dels de tekniske Vanskeligheder, de (bl. a. på Grund af deres Tilböjelighed til intraligamentär Udvikling) kunne berede for Exstirpationen, og som ofte er Skyld i, at der bliver Svulstdele tilbage. Ti disse voxe nästen altid senere videre, om end kun langsomt, så at Ptt. ofte kunne holde sig raske i flere År; også de peritonäale Implantationer pleje at udvikle sig videre; men det er dog muligt, de ikke altid göre det, og Udviklingen er i alt Fald langsom. At et oprindeligt benignt Papillom skulde väre tilböjeligt til karcinomatös Degeneration, er ikke bevist. Hvad Terapien angår, tilråder Forf. ved Operationen at göre alt for, at Kysteindhold eller Svulstdele ikke skulle udsås i Peritonäalhulen. End videre anser han det, af Hensyn til de papillomatöse Ovariesvulsters Tilböjelighed til Dobbeltsidighed, for rigtigt altid at fjärne bägge Ovarier, selv om det ene synes sundt.

Angående Parovarialkysterne omtalte vi i forrige Literaturovers. (S. 34, nederst), at R. KOSSMANN (Berlin) søgte at hävde deres Oprindelse fra akcessoriske tubæ. En närmere Udvikling af dette Forhold og i det hele en Redegörelse for »Urnyreresternes» normale og patologiske Forhold har K. givet i en Afhandling: *Zur Pathologie der Urnierenreste des Weibes* (M. f. G. u. G. 1, S. 97—131), der dog ikke egner sig til et kort Referat.

M. H. t. cancer uteri gå Besträbelserne stadig ud på at forbedre Operationsteknikeu, så at man kan undgå Indpodningsmetastaser og tage mere og mere af det muligvis syge, omgivende Väv bort med. Det glödende Järn (henholdsvis Platin) blev jo i lange Tider betragtet som en väsentlig Understöttelse ved disse Operationer, indtil man under Antiseptikens Fane gik over til at söge at holde sig til »de rene Snit». MACKENRODT (Berlin) kämper nu imidlertid for at udföre Exstirpationen af den karcinomatöse uterus alene med det glödende Metal, der bruges hverken Kniv, Sax, eller Ligatur (det sidste i alt Fald kun undtagelsesvis); når Operationen er färdig, ere alle gennemskårne Väv däkkede af en Brandskorpe, alle Kar lukkede ved Glödhede: *Die Igniexstirpation des Uterus bei Carcinom* (Festschr. für Aug. Martin, S. 100—4 og Centralbl. f. Gyn. 1895. Nr 24, S. 646—50). Han hävder, at selv a. uterina kan gennemskäres med glödende Metal, uden at man behöver at befrygte Efterblödning. Til at beskytte de omliggende Dele mod Glödheden har han konstrueret särlige Vingetänger. Angående de tekniske Detaljer må i övrigt henvises til selve Afhandlingen. Han har efter denne Metode opereret 4 Gange per vaginam, 2 Gange kombineret vagino-abdominelt. 1 af de sidstnävnte Patienter döde, de andre kom sig. Også JOHN BYRNE (Brooklyn), der altid har väret en ivrig Forkämper for Brugen af Galvanokavteriet ved Operationer mod cancer uteri, har fjärnet uterus per vaginam alene ved dette Instrument uden at benytte Kniv eller Sax: *Vaginal hysterectomy by galvanocautery* (Amer. j. of obst. Octb. 1895, S. 556—67). — Besträbelserne for at få så meget Väv med som muligt, särlig muligvis inficerede Glandler, får sit Udtryk i et Par andre Arbejder. RUMPF (Berlin) har i et Tilfälde, hvor cervix var betydelig forstörret af Nydannelse og uterus ikke kunde träkkes ned på Grund af aragtig Stramning i ligg. recto-uterina, benyttet fölgende Fremgangsmåde (Z. f. G. u. G. 33.1, S. 212—14). Efter at vasa spermatica på bägge Sider vare underbundne helt ude ved Bäkkenranden, spaltedes herfra bageste Blad af lig. latum på bägge Sider til uterus. Ved at tränge stumpt ind i Ligamentet frigjorde han derpå ureter i stor Udsträkning. Derefter spaltedes forreste Blad i samme Höjde udefra indad; lig. rotund. underbandtes särskilt. Efter at de forreste Snit vare forenede i Midtlinien, blev Peritonäalbeklädningen på Forfladen af uterus nedad aflöst stumpt tillige med vesica. Ved at skyde ureteres til Side kunde man nu stumpt udskrälle hele Indholdet af det parametrane Rum og underbinde a. uterina lige ved dens Afgang fra hypogastrica. På bägge Sider kunde man fjärne gråröd1ige, svulne Glandelmasser, der lå opad a. iliaca. Derefter udskares de betydelig fortykkede ligg. sacro-uterina fuldständigt sammen med hele Bunden af

fossa Dougl., så at rectum lå ganske blottet. Ved nu at löfte uterus opad strammedes dens Vaginaltilhäftning, der gennemskares med Pacquelin. Dränage fra vagina med Jodoformgaze, hvorover Bladene af ligg. lata syedes sammen fra Side til Side, medens den forreste Peritonäallap syedes til forreste Väg af rectum. Helbredelse. Af samme Art, men endnu mere vidtgående er den Metode, der foreslås af EMIL RIES (Frankfurt): *Eine neue Operationsmethode des Uteruscarcinoms* (Z. f. G. u. G. 32.2, S. 266—74). Lige så lidt som en Operation for cancer mammæ kan anses for fuldständig, hvis ikke Kirtlerne i Axillen fjärnes, lige så lidt, mener Forf., er en Operation for cancer uteri fuldständig, hvis ikke gl. iliacæ fjärnes. Dette kan ske, ved at man spalter peritonæum over dem på hver Side, i det man välger Delingsstedet af a. iliaca comm. som Udgangspunkt. Forf. har endnu ikke bragt Metoden til Anvendelse, men vänter sig store Resultater af den m. H. t. Prognosen for Recidiv. Endnu skal i dette Afsnit omtales en patologisk-anatomisk Undersögelse over Uterinkräftens Udbredningsmåde af ALFRED SEELIG (V. RECKLINGHAUSENs Instit., Strassburg): *Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Ausbreitungswege des Uteruscarcinoms im Bereiche des Genitaltractus* (Virch. Arch. 140.1, S. 80—90). Afhandlingen er et Resumé af Forf. Inaug.-Diss. (Strassburg 1894). Det er lykkedes Forf. at vise, hvorledes Karcinomet i nederste Del af uterus breder sig med Lymfebanerne, särlig de perivaskuläre, og, hvad der jo er af stor praktisk Betydning, at Lidelsen hyppig tidlig breder sig til corpus, särlig i de ydre Muskellag, medens Slimhinden i corpus endnu er ganske intakt. Også til vagina udsträkker Lidelsen sig meget tidligt.

Om Behandlingen af cancer vaginae eller måske rettere om Tekniken ved Exstirpation af vagina foreligger der forskellige Arbejder, navnlig af OLSHAUSEN (Berlin): *Ueber Exstirpation der Vagina* (Centralbl. f. Gyn. 1895. Nr 1, S. 1—6); A. DÜHRSSEN (Berlin): *Ueber Exstirpation der Vagina* (s. St. Nr 9, S. 234—40); W. THORN (Magdeburg): *Zur Operation grosser Carcinome der hinteren Vagina* (s. St., S. 240—43); H. THOMSON (Odessa): *Zur Exstirpation der Vagina* (s. St. Nr 22, S. 603—5). OLSHAUSEN spalter perinaeum på tvärs mellem vulva og anus og arbejder sig herfra opad, idet han således lösner vagina i så stor Udsträkning som muligt og fjärner det, man mener bör borttages. Skal også uterus exstirperes, åbner man fra den retrovaginale Hule fossa Dougl. Fordelen ved Metoden er, at man ikke kommer i Beröring med Nydannelsen, altså undgår Implantationsinfektion. Ved snäver vagina vil O., efter at den er lösnet, spalte bageste Vaginalväg fra frenulum op til tät ved Nydannelsen. DÜHRSSEN har i et Tilfälde lösnet vagina efter först at have foretaget et stort Vagino-Perinäalsnit på den sunde Side. THORN har i Hovedsagen benyttet samme Metode som OLSHAUSEN. Han anbefaler den kun ved dybtsiddende Nydannelse; sidder denne höjere oppe, vil han lägge et stort Vagino-Perinäalsnit på den syge Side og så begynde Lösningen af vagina bagtil fra dettes överste Ende. Har Lidelsen grebet over på det omliggende Bindeväv og uterus, vil T. derimod benytte den sakrale Vej. THOMSON har benyttet samme Snit som

DÜHRSSEN, men tilträder i övrigt de af THORN opstillede Principer. Også disse Meddelelser bekräfte i övrigt Erfaringerne om Vaginalkancerens store Malignitet; af OLSHAUSENs 3 Tilfälde fik de 2 Recidiv, ligeså bägge THORNs.

I et andet Öjemed, nemlig ved erhvervet Atresi af vagina, foreslås den retrovaginale Vej anvendt af HEYDENREICH (Nancy): *De l'intervention par la voie rétro-vaginale dans certains cas d'atrésie acquise du vagin* (Sem. méd. 1895. Nr 43, S. 378). Ved Hämatokolpos eller Hämatometra, fremkaldt ved erhvervet Atresi af vagina, kan det ofte väre meget vanskeligt at arbejde sig op gennem det atretiske Parti, og kun altfor ofte ere Operatörer ved Forsög herpå komne til at lädere Naboorganene. HEYDENREICH tilråder derfor at arbejde sig op mellem rectum og vagina, da det ved denne Vej er langt lettere og ufarligere at nå op til Ansamlingen.

Af andre Operationer på vagina kan nävnes FREUNDs Prolapsoperation (se forr. Literaturovers. S. 48, nederst). De Meddelelser, HERMANN GAERTIG (BAUMMs Klin., Breslau) giver om den, lyde ikke gunstige: *Erfahrungen über die Prolapsoperation mittels Drahtschnürnaht* (Centralbl. f. Gyn. 1895. Nr 22, S. 599—603). Forf. har 7 Tilfälde, og det öjeblikkelige Resultat var udmärket i dem alle. Om 1 haves ikke senere Oplysning, hos 2 holdt det gode Resultat sig; men hos 4 skare efter nogen Tids Forlöb en eller flere af Trådene igennem (der brugtes Sölvtråd), og Prolapsen reproduceredes. Forf. mener derfor, at man ikke med nogen Sandsynlighed kan love Patienterne et vedvarende godt Resultat; men da hele Indgrebet er så ubetydeligt, kan man nok forsögsvis anvende det.

Hvad Endometritis angår, da var denne Lidelse i alle dens Enkeltheder til Diskussion på den tyske Gynäkologkongres i Wien i Juni 1895 (Centralbl. f. Gyn. 1895. Nr 26, S. 695—703; Nr 27, S. 713—18), särlig indledet af V. WINCKEL (München); men der fremkom ikke her noget af större Betydning. Af stor Interesse ere nogle Undersögelser af WERTH (Kiel) om Uterinslimhindens Regeneration efter Udskrabning. De fremkom förat i et Foredrag i Leipzig: *Zur Regeneration der Uterusschleimhaut nach Ausschabung* (Centralbl. f. Gyn. 1895. Nr 7, S. 190—93), og i en större af kolorerede Billeder ledsaget Afhandling: *Untersuchungen über die Regeneration der Schleimhaut nach Ausschabung der Uteruskörperhöhle* (A. f. G. 49.3, S. 369—470). Han har undersögt Forholdene på 6 exstirperede uteri, hvor der längere eller kortere Tid forud var foretaget Udskrabning. I 2 Tilfälde, der undersögtes 5te Dag efter Udskrabningen, fandtes allerede en fuldständig nydannet Slimhinde med sammenhängende Overfladeepitel. Denne unge Slimhinde er rig på fibrillärt Bindeväv. Den regenereres hovedsagelig ved Hjälp af Karrene, der skyde frem fra muscularis eller fra de på denne tilbageblevne Slimhinderester. Karrene ere omgivne af et bredt Bälte af fibrillärt Bindeväv, der deler sig med Karrene, og som danner et Netvärk, der når tät ud mod Overfladen. Glandlernes Regeneration foregår fra de ved Udskrabningen tilbageblevne Ender af Glandlerne, der hovedsagelig ligge i de Dele af Slimhinden, der sänke sig ind i muscularis.

Overfladeepitelet dannes hovedsagelig fra Glandlerne; men de til Overfladen nåede Epitelceller deltage også i Nydannelsen. Allerede 3 Dage efter Udskrabningen kan man finde nyt Overfladeepitel. I den nydannede Slimhinde begynder allerede 5te Dag efter Udskrabningen Bindevävsfibrillerne at undergå en hyalin Degeneration, og herved svinde disse lidt efter lidt, medens Slimhindens Celleelementer träde mere frem. Er der ved Udskrabningen fjärnet Dele af muscularis, varer Nydannelsen af Slimhinde et sådant Sted meget längere; endnu 17de Dag efter Udskrabningen kan en sådan Läsion påvises. — I Diskussionen om dette Foredrag fremdrog DÖDERLEIN det ejendommelige Forhold, at Meningerne om Efterbehandlingen efter Udskrabning ere så forskellige. Nogle, som WERTH og MARTIN, indspröjte umiddelbart efter denne sol. chloreti ferrici, hvad nogle (f. Ex. ZWEIFEL, der senere udtrykkelig udtalte dette) betragte som farligt, andre, som SÄNGER, som i alt Fald unyttigt. Atter andre foretage Ätsninger kort Tid efter Udskrabningen og bruge da snart svagere, snart stärkere Oplösninger af Jod, Klorzink o. s. v. Ved et Foredrag på Naturforskerforsamlingen i Lübeck i September 1895 kom WERTH tilbage til dette Spörgsmål: *Zur Regeneration der Uterusschleimhaut* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 40, S. 1059—60), idet han särlig omtalte Forholdene ved 3 uteri med gonorroisk endometritis, der vare exstirperede for Adnexlidelser. Den ene var fjärnet 3dje Dag efter Udskrabningen, og her fandtes allerede Overfladeepitel på störste Delen af Slimhinden. Bägge de andre vare exstirperede 26 Dage efter Udskrabningen; i bägge fandtes svär Gonorré, og i det ene Tilfälde var der strax efter Udskrabningen indspröjtet sol. chloreti ferrici, i det andet ikke. I förste Tilfälde syntes den nydannede Slimhinde at väre fuldständig normal, medens den patologiske Slimhinde i det Tilfälde, hvor der ikke var gjort Indspröjtning, var voxet frem på ny. I Diskussionen om dette Foredrag udtalte SCHATZ (Rostock) sig for Indspröjtning af Jodtinktur strax efter Udskrabningen, medens GOTTSCHALK (Berlin), LEOPOLD (Dresden) og PROCHOWNIK (Hamburg) stärkt advarede mod disse Indspröjtninger. G. foretager aldrig nogen Ätsning för 14de Dag, L. ikke for 8de til 10de Dag; L. og P. bruge i det hele ikke Indspröjninger, men Pensling med Ätsmidlet på Bomuld.

Ved samme Lejlighed udtalte LEOPOLD, at hos äldre Kvinder (over 40 År) er al Udskrabning og Ätsning ofte uden Virkning på Blödningerne; og i sådanne Tilfälde har L. da i den senere Tid fundet ateromatöse Karforandringer. PROCHOWNIK har også fundet sådanne, medens SCHATZ som Årsag til besvärlige Blödninger i de klimakteriske År har fundet Varicer i Slimhinden. GOTTSCHALK har i 2 Tilfälde af ustandselige Blödninger i den klimakteriske Alder opnået öjeblikkelig Menopavse ved Underbinding af vasa uterina fra vagina. Lignende Karforandringer omtales af PICHEVIN og PETIT (Paris): *Lésions vasculaires de l'utérus atteint de métrite* (Ann. de gyn. 1895, Decb., S. 474—75). Hos en Kvinde, der i flere År havde lidt af rigelige Blödninger, der til sidst havde nödvendiggjort vaginal Exstirpation af uterus, fandtes fölgende. Slimhinden var uden Fungositeter. Karrenes Antal var foröget, deres lumen forstörret og deres Vägge fortykkede, ligesom

det perivaskuläre Väv var foröget. Også Kapillärkarrene vare forstörrede.

Hvad i övrigt Udskrabningen angår, må endnu omtales nogle Tilfälde af Obliteration af Uterinkanalen efter Udskrabning, analoge med FRITSCH's i forr. Literaturoversigt (S. 7) omtalte Tilfälde. Der meddeles i 1895 3 Tilfälde af denne Art: OTTO KÜSTNER (Breslau): *Partielle Uterusobliteration nach Ausschabung und Methode operativer Beseitigung des Leidens* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 30, S. 809—13); J. VEIT (Berlin): *Ueber Zerstörung des Endometriums nach Auskratzung* (s. St., Nr 36, S. 968—70); E. WERTHEIM (SCHAUTAs Klinik, Wien): *Ein operatives Verfahren zur Heilung partieller Uterusobliteration* (s. St., Nr 40, S. 1062—64). Hos K's Pat. var der for omtr. 5 År siden gjort Udskrabning 6 Uger p. p. Menses havde siden aldrig vist sig, men der var molimina menstr., i den sidste Tid stadige Underlivssmerter. Ved Explorationen fandtes intet abnormt; men selv en fin Sonde kunde kun indföres 1 Cm. i uterus. Da Pat. ikke vilde beröves Håbet om at kunne få Börn, opgav K. at fjärne uterus eller Ovarierne, men foretog fölgende Operation. Han åbnede fossa Dougl. ved et Tvärsnit i lac. post., underbandt på bägge Sider lig. latum nedad, lösnede uterus fra det underbundne Parti och vältede derpå corpus ud gennem Åbningen i vagina. Derpå spaltedes Bagväggen af uterus. Det viste sig da, at der midt i cervix var et omtr. 3 Cm. langt, oblitereret Parti; under og over dette var Kanalen åben. For at häve Atresien lod K. Indsnittet fra dennes överste Sted og ned efter blive åbentstående, idet han suturerede hver Sårläbe for sig; ovenover Atresien forenedes Incisionen derimod ved Suturer. Herefter reponeredes uterus; Incisionen i fossa Dougl. lodes åbentstående. 14 Dage senere havde denne lukket sig. Åbningen bagtil holdt sig, og en Sonde lod sig indföre i uterus i en Längde af 7 Cm. WERTHEIM åbnede i sit Tilfälde uterus fortil. Der var her gjort Udskrabning 4 Uger p. p., hvorefter Menostasi. Sonden kunde kun indföres 2 Cm. Forreste Väg af Cervikalkanalen spaltedes op til Atresien. I Forlängelse af dette Snit spaltes forreste Vaginalväg, Blären lösnes fra uterus, ligeledes plica vesico-uterina, og da således störste Delen af forreste Uterinväg er lagt blot, göres der opadtil en Incision i Midtlinjen af den, hvorved Uterinhulen, der indeholder lidt Blod, åbnes. Ved at forlänge Incisionen nedad gennemskärer man den 2,5 Cm. lange Atresi. Lige over Atresien dannes en Utero-Laquearfistel ved at forene Uterin- og Vaginalslimhinden ved Suturer. En Jodoformgazestrimmel föres fra fundus ned gennem det oblittererede Sted ud gennem orificium, og derpå lukkes Incisionen over og under Fistelen. 4 Uger p. o. havde det obliterede Sted endnu ikke lukket sig, så at cavitas corporis både ad denne Vej og gennem Fistelen kommunicerede med vagina. I VEITs Tilfälde var der gjort Udskrabning 3 Dage efter en Abort, hvorefter Menostasi. Sonden kunde kun indföres omtr. 2 Cm. I denne åbne Del af Kanalen indlagde V. en Laminariastift, og ved dennes Udvidning må Obliterationen väre bleven sprängt; ti efter dens Udtagelse kunde en ganske tynd Sonde föres op i uterus. Der fortsattes nu med Dilatation af det forsnävrede, 1 Cm. lange Sted, der til sidst

blev beklädt med Slimhinde. 6 Uger efter det förste Indgreb indfandt menses sig og have senere väret regelmässige. V. mener ikke, at der er stor Fare for, at der skal opstå en Obliteration efter Udskrabning, undtagen når denne foretages på en puerperal uterus. Selv efter Brugen af Klorzinksstifter får man ikke altid Obliteration af cavum uteri, om end dette er Regelen. Ligeledes har V. en Gang set en sådan efter Anvendelse af den galvanokavstiske Porcellänsbränder i uterus.

Vi skulle her endnu omtale et Arbejde om postklimakteriske Blödninger af JULIUS NEUMANN (SCHAUTAs Klinik, Wien): *Ueber postklimakterische Genitalblutungen* (M. f. G. u. G. 1, S. 238—52). Hans Undersögelser bekräfte den vel kendte Erfaring om disse Blödningers Hyppighed ved maligne Nydannelser. Han har 500 Tilfälde med Menopavse over 1 År, og af disse havde 183 atter begyndt at blöde. Af disse 183 havde 100 cancer port. vagin., 18 cancer corporis. Med cancer af Vaginalportionen uden Blödninger fandtes blandt de nävnte 500 kun 3, med cancer corporis ingen. Af sidst nävnte Lidelse havde han i alt 29 sikre Tilfälde, og af disse vare altså 18 eller 62 % allerede gåede over i Klimakteriet og vare derpå begyndt at blöde på ny. Ved cancer var Blödningen nästen altid rigelig; ved den näst hyppigste Årsag til postklimakteriske Blödninger, Prolaps, der fandtes hos 24 af de 183, var der derimod i Regelen kun Tale om Blodpletter på Linnedet, Blodstriber i Udfloddet, nu og da nogle Dråber Blod.

Hvad Blödningernes Behandling med Medikamenter angår, kan anföres et Arbejde om Cornutin fra CHROBAKs Klinik i Wien af RUDOLPH SAVOR: *Zur Wirksamkeit des Cornutins* (Wien. kl. W. 1895, Nr 22, S. 395—97; Nr 23, S. 420—23). Lige så lidt som andre har Forf. ved kliniske Undersögelser kunnet finde noget Fortrin ved dette kostbare Middel fremfor de sädvanlige Sekale- og Ergotinpräparater.

Angående Dilatation af uterus skal kortelig omtales en lille Artikel af JAMES BRAITHWAITE (Leeds): *A mode of more easily and rapidly dilating the cervix of the unimpregnated uterus* (Brit. med. j. $^{29}/_{6}$ 95, S. 1438—39). Stöttende sig til den gamle Erfaring om Uterinhulens lettere Tilgängelighed på Menstruationsblödningens Tid, anbefaler B. stedse at foretage en nödvendig Dilatation af Cervikalkanalen, netop når menses ere ophörte. Hans Erfaring har vist ham, hvor let man da kan udföre en Dilatation tilsträkkelig vidt til, at en Finger kan indföres i Uterinhulen.

En Lidelse, der ikke ofte finder Omtale, men som har ikke ringe klinisk Betydning, nemlig den af Svampformer forårsagede elythritis, er Genstand for et Foredrag af OTTO V. HERFF (Halle): *Ueber Scheidenmykosen, Colpitis mycotica acuta* (Samml. klin. Vortr. N. F., Nr 137). Han har i Löbet af 6 År blandt 13 283 poliklinisk behandlede Kvinder set 24 Tilfälde, nästen kun i Sommermånederne. Af de 24 vare 15 gravide, hvilket bekräfter Erfaringen om denne Lidelses Forkärlighed for Vaginalslimhinden i denne Tilstand. I sin Privatpraxis har Forf. set 2 Tilfälde. Hos disse 26 var Svampen 16

Gange Monilia albicans, 4 Gange vist nok Monilia candida, 1 Gang Leptothrix vaginalis, 1 Gang en gärlignende Form, og 4 Gange bestemtes Arten ikke. Symptomerne vare Fornemmelse af Hede, Bränden, Klöe, Tyngde. Udflod var själdent. Foruden de almindelige Tegn på akut elythritis fandtes Svampvegetationerne som större eller mindre hvidlige Pletter, hyppigt stövformede, så at de angrebne Dele kunde se ud, som om de vare beströede med Mel. I Fölge andres Erfaringer kan der indträde spontan Helbredelse, ja denne indträder nästen altid i Barselsängen. v. HERFF afväntede dog ikke denne, men behandlede sine Patienter med Vaginaludskylninger med Sublimatoplösning, 1:1000 til 1 : 10000 (desto tyndere, jo stärkere Irritationen var), i Regelen kun 1 Gang daglig, og herved hävedes Lidelsen på höjest 4 Dage. Foruden disse Udskylninger anvendtes mod den ved disse ofte forögede Sviden og Bränden Sädebade, Omslag med Blyvand eller Kamilleté og lign.

En ny og sindrig Operationsmetode for Vesikovaginalfistler, der ikke lade sig lukke ved direkte Operation, er udtänkt og udfört af WILH. ALEXANDER FREUND (Strassburg): *Eine neue Operation zur Schliessung gewisser Harnfisteln beim Weibe* (Samml. klin. Vortr. N. F., Nr 118). I bägge de to Tilfälde, der beskrives, drejede det sig om meget betydelige Defekter af Vesikovaginalväggen, i det ene tillige af Bagväggen af urethra. Det omgivende Väv var fuldständig omdannet til Arväv, der adhärerede til Bäkkenknoglerne, så der ikke var Tale om nogen direkte Tillukning af Fistelen, og en Forskydning af Lapper eller lignende var også umulig. I bägge Tilfälde var også Vaginalportionen tabt, og Bunden af vagina dannedes af uregelmässigt Arväv. FREUND forsögte dog i bägge Tilfälde at lösne cervix så meget ud, at uterus kunde träkkes nedad og derved däkke over Defekten; men dette viste sig ganske umuligt. Han åbnede da fossa Dougl. gennem lacunar post., vältede corpus uteri ud gennem denne Åbning, så at dens Bagflade kom til at däkke Fistelen, og syede den fast her, idet han gjorde Fistelens Rande og de tilsvarende Partier af uteri (nu fortil vendende) Bagflade blodige. Endelig afskar han den nedadvendende fundus uteri og forenede Slimhinden med Peritonäalbeklädningen efter kileformet Udskäring af muscularis, for at Uterinslimen, event. Menstrualblodet, kunde have Udflod gennem dette artificielle orificium uteri. Operationen lykkedes i bägge Tilfälde, bägge Patienter fik fuldkommen Kontinens, om end hyppig Trang til Urinering. Hos den ene Patient dannedes senere ved en lokal Plastik Bagväggen af urethra. Hos den anden Patient var, samtidig med at Bläreflstelen blev lukket, også en Rektovaginalfistel bleven opereret. Det synes, som om uteri Peritonäalbeklädning särdeles godt tåler at fungere som Urinbläreväg, ligesom hele uterus tåler den stärke vedholdende Omdrejning. Det nydannede orificium trak sig opad og bagtil. Hos den ene Patient havde menses, der vare udeblevne inden Fistelens Opståen, indfundet sig igen; hos den anden, senere opererede endnu ikke, da Meddelelsen gaves. — Et andet Forslag til Behandling af vanskelig tilgängelige Vesikovaginal- og -uterinfistler er fremsat af FRANK (Köln): *Ueber artificiellen Prolaps behufs hoher Fisteln* (Festchr. zum 50-jähr.

Jubil. der Berl. Gesellsch. f. G. u. G. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895 Nr 2, S. 55—56). Den kunstige Prolaps opnår han på fölgende Måde: Tvärsnit over Symfysen; Gennemskäring af mm. recti; man tränger frem til peritonæum og skyder dette opad. Lig. pubo-vesicale gennemskäres, periton. parietale lösnes opad og til Siderne hen til ligg. rotunda, der overskäres. Herefter kan uterus träkkes ned, og Fistelen bliver let tilgängelig. Den i forrige Literaturoversigt (S. 53) omtalte, af MACKENRODT foreslåede Metode, der går ud på at lösne vesica fra vagina og suturere hver af dem for sig, omtales rosende fra flere Sider, således af E. WINTERNITZ (V. SÄXINGERs Klinik, Tübingen): *Zur Behandlung der Blasenfisteln* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 15, S. 377—84), der med Held har anvendt Metoden i et Par vanskelige Tilfälde.

Til Slutning skulle vi omtale et Par Arbejder om Forholdet mellem Lidelser af Genitalorganerne og andre Sygdomme og skulle da begynde med et Par Arbejder om Menstruationen. Det förste Arbejde vedrörende Menstruationens Indträden er af E. HEINR. KISCH (Prag—Marienbad): *Ueber Herzbeschwerden während der Menarche* (Berl. kl. W. 1895, Nr 39, S. 848—50). Ved Menarke betegner Forf. Modsätningen til Menopavsen, Menstruationens förste Indträden, og beskriver forskellige Symptomer fra Hjärtets Side, som han sätter i Forbindelse med denne. Han omtaler särlig nervös Hjärtebanken og Takykardi, dels paroxysmatisk i den prämenstruelle Periode ved den förste og nogle af de fölgende Menstruationsblödninger, dels mere stadig (men dog aufaldsvis) nogen Tid för og efter förste Menstruationsblödning; dernäst Hjärtesymptomer hos klorotiske unge Piger, hvis Klorose er fremkaldt ved Menarken; endelig en Hjärtehypertrofi, der betinges af de ved Menarken fremkaldte Kredslöbsforstyrrelser, og som foröges ved hurtig, stärk Växt og ved at bäre Korset.

Forholdet mellem Menstruation og kronisk Psykose er Genstand for en Afhandling af P. NÄCKE (Hubertusberg): *Die Menstruation und ihr Einfluss bei chronischen Psychosen* (Arch. f. Psychiatrie, Bd. 28, Hft. 1, S. 168—87). Forf. har ved Undersögelser hos 99 kronisk sindssyge bekräftet den tidligere Erfaring, at Menstruationen — i Modsätning til Forholdene hos akut sindssyge — ikke udöver nogen betydelig eller konstant Indflydelse på deres Psykoser, ligesom heller ikke omvendt Menstruationen hos kronisk sindssyge frembyder Forhold, der väsentlig afvige fra dem hos sindssunde.

Endelig skal kort omtales en Diskussion om Forholdet mellem Uterinlidelser og mb. Basedowii. JOUIN (Paris): *Pathologie utérine et maladie de Basedow* (Ann. de gyn. 1895, Juin, S. 509) vil, grundet på 43 egne Iagttagelser, hävde, at Uterinlidelserne ere det primäre, struma o. s. v. sekundäre. Bl. a. bevises dette ved, at, når man ved Behandling häver eller bedrer Uterinlidelsen, så svinde Symptomerne på mb. Basedowii. Ofte overses disse imidlertid, da Sygdommen opträder som en forme fruste. Den terapevtiske Konsekvens af

disse Betragtninger er selvfölgelig den, at man ved mb. Basedowii aldrig må forsömme den lokale Behandling af Genitalorganerne. Imod denne Opfattelse udtaler DOLÉRIS sig meget bestemt (s. St., Septb., S. 221). Kun hvor Takykardien og lignende Fänomener simulere en mb. Basedowii, kan man have Nytte af gynäkologisk Behandling; men en virkelig mb. Basedowii påvirkes ikke af denne.



Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

Om peritonealtuberkulos. [1])

Af

D:r G. NAUMANN
i Helsingborg.

Den första gång, man i historien möter ett fall, af hvad man numera kan diagnosticera som kronisk tuberkulös peritonit, och som behandlats med laparotomi, torde vara det af EPHRAIM MAC DOWELL i Kentucky, ovariotomiens upphofsman, i början af detta århundrade opererade, hvilket af SPENCER WELLS omnämnes i hans kända arbete »Diagnosis and treatment of abdominal tumours». Operationen indicerades i MAC DOWELLS fall af en feldiagnos, i det han trodde sig hafva med en ovarialcysta att göra.

År 1862 påträffade SPENCER WELLS en patient, hos hvilken han diagnosticerade fri ascites och synes haft sina tankar riktade på möjligheten af en peritonealtuberkulos. En toniserande behandling inleddes; men då några månader därefter allmänna tillståndet försämrats, och de fysikaliska symptomen tydde på en cysta, gjordes profincision, hvarvid hela peritoneum visade sig öfversålladt med »myriader af tuberkler». Patienten tillfrisknade och lefde ännu 27 år därefter. Detta klassiska fall torde vara allmänt kändt.

Visserligen finnas sedan ett ringa fåtal omnämnda i literaturen, men det var först genom KÖNIGS uppsats i Centralblatt für Chirurgie 1884, där han omtalar fyra med laparotomi behandlade fall, af hvad han kallar genom peritonealtuberkulos

---

[1]) Föredraget i förkortning vid Nord. Kirurg. Föreningens möte i Kristiania den 11—13 juli 1895.

framkallade »skensvulster», som kirurgernas uppmärksamhet mera allmänt fästades på möjligheten af att operatift behandla den mer eller mindre självständiga, diffusa peritonealtuberkulosen.

Redan 1887 kunde KÜMMEL å tyska sällskapets för kirurgi sextonde kongress framlägga en statistik på 30 dylika fall. År 1889 hade MAURANGE samlat 71 och samma år LINDFORS 109. KÖNIG redogjorde å tyska kirurgkongressen 1890 för 131 fall, och PIC hade samma år fått siffran upp till 138.[1]) LINDNER hade 1892 205, och i ALDIBERTS samma år utkomna, förtjänstfulla thèse omnämnes 322. Denna summa ökades redan följande år af ROERSCH i en uppsats uti Revue de Chirurgie till 358, den största hittils kända siffra. Äfven inom vårt land torde numera utan svårighet en rätt ansenlig kasuistik kunna hopsamlas.

För egen del hade jag, då KÖNIG 1884 offentliggjorde sina första fyra fall, gjort laparotomi tre gånger vid peritonealtuberkulos, första gången 1878, och har senare opererat ytterligare tretton patienter.[2])

De fyra första sjukdomsberättelserna offentliggjordes i Hygiea 1885 i samband med ett referat öfver KÖNIGS ofvan nämnda uppsats.

Åkomman är i det hela tämligen sällsynt, och orsaken, hvarför jag jämförelsevis ofta påträffat den samma i Helsingborg, torde med stor sannolikhet ligga i den oerhörda utbredning tuberkulosen har i trakten, hvilket i sin ordning torde stå i samband med denna sjukdoms synnerligen allmänna förekomst bland nötboskapen. En ikke oviktig omständighet torde äfven vara den, att på sjukhuset vårdas såväl in- som utvärtes sjuka, och sålunda fall inkomma, hvilka ej i regel anträffas å en uteslutande kirurgisk afdelning. Detta gäller särdeles dem med fritt exsudat i buken, hvilka bland mina fall utgöra flertalet.

Af de från flere håll samlade uppgifterna på vid obduktioner funnen bukhinnetuberkulos finner man, att denna sjukdoms frekvens ej är lika öfveralt. Så har PRIBRAM i Prag kommit till en siffra af 4,7 % och PHILIPPS i Göttingen till 4 %, då däremot MÜNSTERMANN i München endast får 1,6 % af alla obducerade. I stort taget torde 25,6 % af mänskligheten aflida i en eller annan form af tuberkulos.

---

[1]) Detta år hade TSCHERNING inom Danmark samlat en statistik af 17 fall.

[2]) Se den bifogade kasuistiken.

Angående könet visa samtliga obduktionsstatistiker i motsats mot operationsstatistiken ett betydligt öfvervägande antal män, enligt BOLLINGER 3 till 4 gånger så många som kvinnor. PHILIPPS har ända till 83,2 % män mot 16,8 % kvinnor, då däremot af de opererade endast 7,6 % voro män men 92,3 % kvinnor. Bland mina 18 fall voro dock ej mindre än 4 män.

KÖNIG anser, att orsaken, hvarför så betydligt flere kvinnor opereras skulle vara den, att gynekologerna göra laparotomi under antagande af svulster från genitalia. Detta kan ju delvis förklara skilnaden i antal mellan könen vid operationerna. SCHMALMACK påstår, att det manliga släktets öfvervikt i de obducerade fallen däremot endast är skenbar, beroende därpå, att vida flere män obduceras än kvinnor. Förhållandet af de kvinliga obducerade liken till de manliga skulle vara som 2 : 3. Han anser, att bukhinnetuberkulos förekommer lika ofta hos båda könen, och att altså en större disposition härför hos kvinnor kan uteslutas.

Beträffande åldern, så kan man i stort taget säga, att ungefär 30 % äro under och 70 % öfver 20 år. Ingen ålder torde, enligt OSLER, vara förskonad. Han anser sjukdomen vanligast mellan 20 till 40 år. KÖNIG uppgifver visserligen 50 år som högsta åldersgränsen inom den af honom samlade kasuistiken, men min patient n:r 7, som opererades 1889 och ännu är fullt frisk, var vid operationstillfället 64 år gammal och n:r 15 53 år. Min yngsta patient var 1½ år. Det var n:r 10, som opererades 1890 och nu är frisk.

Hvad *etiologien* angår, så synes man allmänt anse, att herediteten vid peritonealtuberkulosen har vida mindre betydelse än vid tuberkulos i allmänhet. Endast HÄNE gör härifrån ett undantag, i det han antager ärfda anlag i ända till 35 procent.

Bland tillfälliga orsaker har man anfört förkylningar och travmer å buken.

Primär peritonealtuberkulos anses finnas men vara mycket sällsynt. CLAVIER påstår, att den endast förekommer hos barn. Vanligen uppträder den tertiärt, om man får använda BOLLINGERS ganska betecknande uttryck.

Primär tarmtuberkulos kan särdeles hos yngre individer, som äro mera mottagliga för s. k. fodringstuberkulos, uppkomma genom t. ex. rå mjölk från tuberkulösa kor. Magsaften skadar möjligen bacillerna men dödar dem ej. De kunna

dessutom ligga skyddade i något motståndskraftigt födoämne. De nedkomma altså i tarmkanalen, där de kunna orsaka tuberkulösa sår särdeles i lymffolliklerna i ileum och groftarmen eller ock kunna filtrerbara tuberkulösa massor genomtränga den friska tarmslemhinnan och inficiera mesenterialkörtlarna och de retroperitoneala lymfkörtlarna, likasom de kunna genom slemhinnan i pharynx eller tvärtigenom den friska lungväfnaden inficiera halskörtlar och bronkialkörtlar.

Utan tvifvel fordras dock härför en viss disposition, det vill antagligen säga, att det kraftigt bacilldödande blodserum ej är normalt, eller att en lesion i tarmslimhinnan finnes med blodimbibition af väfnaderna; ty i ett dylikt blodkoagulum cirkulerar serum ej normalt. Hos en på detta sätt mindre motståndskraftig individ eller på ett sådant locus minoris resistentiæ kan man tänka sig, att bacillerna finna gynsamma lifsvilkor.

Från dessa tarmsår eller tuberkulösa lymfkörtlar är vägen ej lång till bukhinnan, dit infektionen kan föras per continuitatem. På samma sätt kan den spridas från urogenitalsystemet, särdeles tuberna hos kvinnor, samt genom diaphragma från pleuran eller lungorna.

Metastatiskt genom hematogen eller lymfogen infektion kan tuberkulosen angripa peritoneum vid allmän miliartuberkulos eller från hvilken äldre, tuberkulös, ostig härd som hälst i inre organ såsom bronkialkörtlarna, lungspetsarna m. fl.

Bland 107 obducerade fall af peritonealtuberkulos fann Philipps 80 gånger tuberkulösa tarmsår, hvilka i ett stort antal fall måste anses som utgångspunkten för bukhinnetuberkulosen.

Utaf 18 kvinnor hade 4 genitaltuberkulos, hvaremot bland 89 män endast 3 gånger dylik förekom.

Tuberkulösa lymfkörtlar funnos i bröst eller buk hos 53. Mjälten var 22 gånger tuberkulös, njurarna 32. I ett fall var peritonealtuberkulosen direkt öfverförd från njuren. Sex gånger var lefvern, sex gånger voro binjurarna angripna.

Lungorna voro 99 gånger mer eller mindre angripna, altså endast 8 gånger fullt fria. Någon gång fans tuberkler i pleuran vid friska lungor. Så var ock händelsen i mitt fall n:r 15, där färska tuberkler funnos å pleura diaphragmatica, och lungorna voro normala.

Hvad den primära peritonealtuberkulosen angår, så anser Lindner, att baciller kunna intränga genom genitalia hos kvinnor

och utan att inficiera dem komma direkt in i peritonealhålan. A priori förefaller det dock svårt att tänka sig, det en bacill, som saknar egen rörelseförmåga, skulle kunna tränga genom den friska uterus och tuban tvärtemot den af flimmerepitelet orsakade strömningen. OSLER m. fl. antaga, att hos kvinnan peritoneum i 30 till 40 % inficieras från de tuberkulösa tuborna och uterus. Att emellertid i hvarje särskildt fall kunna påvisa den inficierande, degenererade körteln o. d. är redan af det skäl omöjligt, att varet eller ostmassorna kunna vid undersökningstillfället vara resorberade. GRAVITZ har bland 8,421 obduktioner funnit 212 tuberkulösa peritoniter. Af dessa anser han 10 primära och 202 sekundära. Han fann ingen enda enkel, kronisk peritonit.

MÜNSTERMANN har i sex fall på 46 funnit lefvercirrhos, och potatorer anses särskildt mottagliga för peritonealtuberkulos, dock finnes stundom fettlefver äfven hos barn med bukhinnetuberkulos.

HÄNE har i 10 fall på 46 funnit föregående tuberkulösa och skrofulösa sjukdomar.

Beträffande peritonealtuberkulosens *patologiska anatomi* så är den form, hvilken uppträder vid allmän miliartuberkulos och som ett uttryck af denna utan kirurgiskt intresse, likaså de större eller mindre samlingar af tuberkelknottror, som å serosan motsvara ett tuberkulöst sår inuti tarmen. De former af tuberkulös peritonit, som här i fråga komma, hafva i regel ett mer eller mindre kroniskt förlopp, inficiera hela eller en stor del af peritoneum och kunna dels på grund af inflammationens art, dels på grund af de förvandlingar, som själfva tuberklerna kunna undergå, erbjuda det mest växlande anatomiska utseende.

Hela peritoneum kan vara öfversålladt med knottror af från ett knappnålshufvuds till en ärtas eller bönas storlek eller till och med stundom sammanflytande till storleken af en mandel, i hvilket sist nämnda fall dessa stora tuberkelmassor äro mer eller mindre ostvandlade. Sådana stora tuberkler finnas företrädesvis hos barn såsom i mitt fall n:r 16. Ofta kan man få se ett rikligt, flytande exsudat än af citrongul färg, än mera seropurulent eller blodfärgadt. I sist nämnda fall finnes stundom eckymoser kring tuberklerna.

Under vissa omständigheter är peritoniten mera intensiv, man träffar då ofta omentet uppdraget under colon transversum

som en tvärgående vulst öfversålladt med knottror och förtjockadt. Likaså är mesenteriet förtjockadt och retraheradt, så att tarmarna äro bundna vid ryggraden och dragna mera öfver åt högra sidan, under det exsudatet mera samlar sig i vänstra sidan af buken.

Såväl omentet som mesenteriet och det äfvenledes förtjockade peritoneum parietale äro till hela sin tjocklek genomsprängda med tuberkler. Jag har sett ett dylikt peritoneum, n:r 12 i sjukdomsberättelserna, som mätte nära 2 cm. i genomskärning. Detta torde vara mycket ovanligt, då jag eljes ej sett uppgifvas mera än 0,5 cm., högst 1 cm. Förtjockning af peritoneum är funnen hos 45 % af de obducerade.

Vid denna mera häftiga inflammation är exsudatet vanligen fullt af fibrinösa flockor men kan i öfrigt hafva samma karakter som ofvan nämnes.

Till dessa förändringar kunna nu komma större eller mindre svålbildningar och sammanväxningar mellan bukens viscera eller mellan dessa och bukväggen. På detta sätt kunna större eller mindre afkapslade håligheter uppstå, innehållande klart exsudat eller, om tuberklerna gått i smältning, var till och med blandadt med tarminnehåll vid genombrott af tarmväggen.

Det är särdeles hos barn ej ovanligt att finna tarmarna sammanlödda till en enda kaka, hvilken i förening med svullna mesenterial- och retroperitonealkörtlar bildar en enda tumörmassa. Under dessa förhållanden finnes vanligen föga eller intet flytande exsudat.

Stundom kan buken genom svålar och adherenser mellan omentet och bukväggen vara delad i två skilda rum, af hvilka det öfre eller det nedre kan hafva ett friskt peritoneum, under det bukhinnan i det andra företer utbildad tuberkulos.

Genom dessa sammanväxningar kunna tvärböjningar å tarmen uppstå och genom hindret i passagen sterkoralsvulster stundom af betydlig storlek. Äfvenså uppkomma större eller mindre »skensvulster »genom exsudatsvålar och inkapsladt, flytande exsudat.

Som bekant kunna tuberklerna antingen kvarstå som grå knottror, liknande sagogryn, eller ock kunna de smälta och ostvandlas samt slutligen läkas och öfvergå i bindväfsvandling.

Att dessa tuberklernas olika omvandlingar hafva ett stort inflytande på peritonealtuberkulosens patologiska anatomi, torde redan af det ofvan sagda framgå. Emellertid gifves det en

form af kronisk peritonit, nämligen den s. k. »peritonitis nodosa», som hittils varit mycket svår att förklara. Man finner nämligen peritoneum öfversålladt med knottror likt en tuberkulos; men hvarken genom bakteriologisk undersökning eller genom ympning å djur kunna tuberkelbaciller påvisas. Det torde ej numera vara för djerft att påstå, att denna form är en peritonealtuberkulos, stadd i läkning, där följaktligen tuberklerna undergått bindväfsvandling. Någon gång kan härvid exsudatet vara alldeles resorberadt. Jag återkommer till denna fråga längre fram.

Bland mera cirkumskripta former af tuberkulös peritonit torde förtjäna nämnas de pericekala, de omentala eller epiploïterna, de perihepatiska och de genitala.

Den pericekala formen är orsakad af tuberkulösa sår i coecum och kan uppträda under form af en tuberkulös perityflit.

Epiploïterna kunna förekomma isolerade.

Den perihepatiska formen är sällsynt och är oftast sekundär vid lefvertuberkulos.

Den genitala formen utgår från en tuberkulös salpingit och är antingen begränsad till bäckenperitoneum eller ock utbredd öfver hela bukhinnan.

Symptomen i en sjukdom med så varierande patologiskt anatomiskt underlag måste naturligtvis erbjuda den största växling. Det är också ingen lätt uppgift att gifva en fullt naturtrogen klinisk bild af en åkomma, såväl hvad förlopp som diagnos, prognos och behandling angår så mångskiftande och så svår att bedöma som den tuberkulösa peritoniten.

I allmänhet kan man säga, att de första sjukdomstecknen äro mycket vaga, bestående i allmän mattighet, hufvudvärk, afmagring, digestionsrubbningar, med dålig matlust, omväxlande diarré och förstoppning, smärtor i buken vid afföring eller ansträngning. Dessa smärtor kunna dock stundom alldeles felas. Härtill kommer omväxlande småfrysningar och hetta, törst och äckel, dålig sömn, stundom nattsvett. Pulsen är i regel hastig, 120 eller mera vid normal temperatur. Menstruationen blir ofta oregelbunden och upphör slutligen alldeles. Ofta hvit flytning. Förloppet är vanligen långsamt med remissioner på veckor och månader, hvarunder patienterna å nyo få krafter och hull. I allmänhet kunna de länge förrätta sina vanliga sysslor. Efter hand visar sig en svullnad af buken med me-

teorism och andnöd, hvarjämte afmagringen blir mera i ögonen fallande.

Jag har dock iakttagit flere fall, där allmänna tillståndet varit särdeles godt, och där inga andra symptom kunnat påvisas än exsudat i buken och möjligen någon afmagring.

Någon gång är sjukdomen akut med feber, kräkningar, diarré och till och med lätt yrsel. Den kan då i hög grad likna en tyfoidfeber; men dessa fall äro sällsynta.

Vanligen förekommer ett rikligt, seröst exsudat, och ofta finner man omentum majus upprulladt som en tvärgående vulst ofvan nafveln. Det flytande exsudatet är till skilnad från stagnationsascites starkt ägghvitehaltigt 3—5 %. Resorberas detta exsudat, och tarmarna ligga hoplödda genom psevdomembraner, kan man stundom vid tryck å buken känna och höra ett ganska karakteristiskt »snöknarrande», liksom då man hopkramar s. k. kram snö. Detta fenomen uppkommer genom de ojämna ytornas gnidning mot hvarandra. Detta symptom framträdde särdeles tydligt i fallet n:r 15.

Bukbetäckningarna förete vanligen utvidgade hudvener, och bukväggen deltager ej i respirationsrörelserna. Redan vid inspektionen visar bukväggen stundom framhvälfningar och indragningar, så kallade skentumörer. Frambuktningarna uppkomma genom meteoristiska tarmar eller inflammatoriska svålar. Så väl de mera fasta psevdotumörerna som de inkapslade exsudaten utmärka sig för sin orörlighet vid försök till förskjutning från sida till sida, och de senare gifva känsla af fluktuation och undulation, denna senare beroende på det ringa tryck, hvarunder vätskan står. Vid perkussion får man visserligen dämpning; men den tympanitiska tarmtonen höres dock igenom. Icke sällan ligger tumören i ileocekaltrakten och räcker ned i lilla bäckenet. Buken är mera känslig för tryck än vid ascites. Stundom kan man vid hårdare tryck å buken få en egendomlig känsla, hvilken man beskrifvit som om man tryckte in handen i en degig massa.

Någon gång kan peritoniten förlöpa alldeles latent, så att hvarken flytande exsudat eller förtjockningar kunna påvisas. Buken är knappast uppdrifven, mjuk, nästan oöm. Endast något dilaterade vener å bukbetäckningarna. Stundom mjältansvällning och ödem i benen. Under dessa omständigheter kunna tarmarna vara lätt sammanlödda och bukhinnan något grumlig samt tätt besatt med tuberkler.

I senare stadier af sjukdomen förekommer stundom VALLINS »inflammation periombilicale», som kan leda till genombrott och sterkoralabscess.

Det marantiska tillstånd, som under sjukdomens förlopp utvecklar sig, kan mycket väl bero på själfva det inflammatoriska exsudatet och behöfver ej betingas af tuberkulos i något inre organ. Så utgör t. ex. ett stort flytande exsudat ett betydligt respirations- och cirkulationshinder, och inflammationen i tarmarnas serosa framkallar serös infiltration af tarmmuskulaturen och kan slutligen leda till en betydlig atrofi af tarmväggen särdeles i de fall, där tarmarna ligga mer eller mindre sammanlödda. Denna marasm kan blifva så höggradig, att de sjuka aflida, utan att någon annan dödsorsak än den tuberkulösa peritoniten kan påvisas. Det är dock ej omöjligt, att en avtointoxikation genom tarmarnas ofullständiga peristaltik och det åtminstone tidtals i följd häraf stagnerande tarminnehållet kan uppstå.

Vid längre framskridna fall magra patienterna ytterligt, blifva eländiga och få stundom icterus. Lefverdämpningen är merendels förstorad. Temperaturen är vanligen normal, endast tidtals öfver 38°. Sällan finnes hektisk feber. Till den tuberkulösa peritoniten stöter ofta en lungsäcksinflammation. Från lungorna antingen inga symptom eller sådana af en diffus katarr. I mycket svåra fall tillstöter stundom meningealtuberkulos. Urinmängden är betydligt förminskad, och urinen visar spår af ägghvita.

Att med stöd af symptomen och det kliniska förloppet uppställa en fullt logisk och på hvarje enskildt fall tillämplig indelning af de olika formerna, under hvilka en tuberkulös peritonit kan uppträda, torde lika litet vara möjligt som det i allmänhet är att tvinga in alla sjukdomsformer i ett visst system; ty först och främst gäller här som annorstädes inom patologien, att det ej gifves tvänne i alla detaljer fullt lika fall, och för det andra förekomma talrika öfvergångsformer, hvilka lika gärna kunna hänföras under den ena gruppen som den andra. Då man emellertid försökt sig på ett dylikt system, har det varit i rent praktiskt syfte för att lättare kunna fastställa såväl diagnos som i synnerhet prognos och behandling, hvilka senare för de olika formerna ställa sig icke oväsentligt olika.

I Tyskland har en och annan och i Sverge LINDFORS försökt att indela de tuberkulösa peritoniterna i en mängd olika grupper; men då man ej haft någon för de olika formerna gemensam indelningsgrund, så har ej detta systematiserande vunnit någon tillslutning. I allmänhet nöjer man sig i Tyskland med att tala om tvänne former, nämligen en med ascites, som kan vara allmän eller inkapslad, och en fibrinoplastisk. Den ulcerösa formen, som uppkommer genom tuberklernas smältning, och hvilken fransmännen lifligt framhålla, då den såväl hvad prognos som behandling angår mycket skiljer sig från de öfriga, vill man i Tyskland ej erkänna som en särskild form. Så anse MÜNSTERMANN och SCHMALMACK den samma med alla dess olikartade följder som en komplikation, hvilken kan uppträda vid de andra formerna.

Fransmännen grunda sina indelningar på tuberklernas olika sätt att uppträda, i det de, som förut är påpekadt, kunna bibehålla formen af ett grått gryn, ostvandlas eller ulcerera, eller ock öfvergå i läkning genom bindväfsvandling. Detta är ju en rationel och för alla formerna gemensam indelningsgrund, och BOULLAND uppstälde med anledning häraf trenne former, nämligen den miliära, den ulcerösa och den fibrösa.

Den miliära skildrar han som en akut form, utan adherenser och med föga eller inga psevdomembraner, hvilken på 3 till 4 veckor leder till döden, men som dock kan öfvergå i den ulcerösa eller fibrösa.

Under den ulcerösa, som han anser vanligast, hänför han dem med grumligt, flytande exsudat, gulaktiga, uppmjukade tuberkulösa massor, psevdomembraner och adherenser, midt ibland hvilka finnas kaviteter innehållande citrongul vätska eller var. Han anser denna form nästan lika farlig som den förra, ehuru med mindre snabt förlopp.

Den fibrösa formen vore däremot den som utmärkte sig genom sin tendens till läkning. Den är förenad med ett seröst, genomskinligt, sällan seropurulent exsudat, hvilket senare resorberades, hvarpå uppstod adherensbildning, som kväfde tuberklerna. Sedan det flytande exsudatet försvunnit, lågo tarmarna hoplödda till en kaka, och man kunde iakttaga gnidningsljud och snökrepitation. Småningom förbättrades nu allmänna tillståndet, hull och krafter ökades. Detta vore den spontana läkningen, hvilken dock kunde störas af akut exacerbation, som kunde föranleda en öfvergång till den ulcerösa formen.

Denna indelning var dock ur kirurgisk synpunkt mindre tillfredsställande, och man har därför varierat den på olika sätt.

Så har Pic uppstält samma tre hufvudformer men med underafdelningar och har sålunda delat den fibrösa i den torra och den med ascites, och denna senare åter i fri och inkapslad ascites.

Den ulcerösa har han delat i den torra och den suppurerande. Den förra af dessa med sammanlödning af tarmar och spridda, ostiga härdar, den senare med varbildning i något eller några af de afskilda rummen.

Aldibert framhåller som förämsta felet i denna indelning, att under den fibrösa formen hänföras alla med ascites. Detta är ej riktigt, då ascites kan förekomma såväl vid den miliära, där den är konstant, som ock vid den ulcerösa. Ascites kan sålunda finnas vid alla former, den är endast en sida af deras utveckling och utgör den ascitiska perioden häraf.

Aldibert indelar de tuberkulösa peritoniterna i:

1. *Ascitesformer*, som åter sönderfalla i akuta, subakuta och kroniska och dessa sist nämnda i allmän eller inkapslad. — Med den akuta formen menar han en akut, miliär, tuberkulös peritonit, sådan den förut är skildrad, som stundom kan likna en tyfoidfeber.

2. *Fibrösa torra former*, som åter indelas i fibrinoplastiska med sammanlödning af tarmarna och torra i egentlig mening. — I denna sist nämnda form träffas tuberkler å hela peritoneum men inga sammanväxningar, ingen ascites.

Aldibert anser ascites som första stadiet, hvarpå i en peritonit, som tenderar till spontan läkning, sedan följer det torra och sist det adhesiva stadiet. Det torra följer altså efter ascites och föregår bildningen af psevdomembraner. Man skulle dock möjligen kunna tänka sig ett så mildt och långsamt förlopp af inflammationen, att något flytande exsudat ej uppstode.

3. *Ulcerösa former*, dem han i likhet med Pic delar i torra och suppurerande. — Denna senare kan åter vara allmän eller inkapslad och denna sista multilokulär eller monolokulär.

Denna indelning antages också af Roersch, ehuru i något förenklad form. Han talar om:

1) ascitesformer, akuta, subakuta och kroniska. Den senare allmän ascites eller inkapslad;

2) torra former och fibrinoplastiska, adhesiva;

3) ulcerösa former.

Alla dessa, säger ROERSCH, kunna tydligtvis kombinera sig med, efterträda eller öfvergå i hvarandra.

LEGUEU håller åter på den af JALAGUIER uppstälda variationen af indelning i akuta, subakuta och kroniska, hvilka senare åter delas i ascites'ska, fibrinoplastiska eller fibrösa samt ulcerösa former.

Denna indelning låter enklare men är i mina ögon en bestämd försämring af den ALDIBERTska, bland annat därför att ascites endast omnämnes vid den kroniska formen. Hufvuddragen af ALDIBERTS indelning bör man i likhet med ROERSCH enligt min mening antaga, äfven om man vill utesluta en eller annan detalj. En befogad anmärkning synes man kunna göra mot dem alla, nämligen att benämningen ascites borde utbytas mot den visserligen något längre men, då det gäller en inflammation, riktigare af flytande exsudat.

Vidare har jag redan från början betonat, att öfvergångsformer finnas, som på lika goda grunder kunna hänföras till den ena formen som till den andra, och det kan ej häller nekas, såsom LEGUEU påpekar, att flere olika variationer kunna finnas hos samma fall. Det oaktadt tror jag dock, att en indelning, om än bristfällig, kan bidraga att utreda förhållandena i en så invecklad sjukdom som den tuberkulösa peritoniten.

Mot den af ALDIBERT uttalade åsikten, att det adhesiva stadiet skulle vara sista länken i peritonealtuberkulosens läkning må redan här anföras, att visserligen bindväfsnybildningen under form af adherenser kan hafva sin del i denna läkning om ej på annat sätt så i egenskap af en dam mot vidare infektion; men att det å andra sidan flerfaldiga gånger är visadt, att fullt konstaterad peritonealtuberkulos kunnat fullständigt läkas utan adherensbildning.

Den fibrösa formen med sitt milda förlopp, börjande med flytande exsudat, som senare resorberas, och som utmärker sig bland annat genom patienternas subjektiva välbefinnande, torde i sina senare stadier just sammanfalla med den form af kronisk peritonit, som af HENOCH m. fl. anförts som bevis mot laparotomiens verkan vid peritonealtuberkulos, i det man påstått de

läkta fallen hafva varit en dylik s. k. peritonitis nodosa, där man ej i knottrorna kan påvisa några baciller. Att här skulle föreligga en genom tuberklernas omvandling till bindväf i läkning stadd från början tuberkulös peritonit tyckes man ej hafva velat tänka sig. Att så tvifvelsutan är fallet skall senare visas vid tal om laparotomiens verkan.

Mera lokal peritonealtuberkulos kan äfven finnas. Som adhesiva former uppträda sålunda tuberkulösa perityfliter och epiploïter.

Den tuberkulösa perityfliten är, såsom förut är nämndt, utgången från tuberkulösa sår i coecum och fordrar sin speciela behandling. Dess kliniska symptom likna den vanliga perityflitens i dess mera kroniska förlopp; men den kan äfven simulera en malign tumör i coecum o. d.

Epiploïterna äro vanliga vid alla åldrar men mest hos barn, de förekomma oftast tillsammans med en öfver hela peritoneum utbredd tuberkulos; men de kunna också vara isolerade under form af stora massor, som kunna intaga nästan hela abdomen.

Den ulcerösa peritoniten kan äfven uppträda mera lokalt. Sålunda kan den förekomma som ett cystlikt inkapsladt, purulent exsudat i nafvel- eller lefverregionerna eller ock som en mera utbredd periumbilikal eller perihepatisk inflammation. Den periumbilikala inflammationen och dess följder äro redan förut omnämnda såsom Wallins inflammation. Den leder ofta sitt ursprung från en tuberkulös epiploït. Denna inflammation är dock ingalunda karakteristisk för peritonealtuberkulos och behöfver ej als stå på tuberkulös grund. Emellertid har Ziehl samlat 30 fall af dylik inflammation med fistelbildning vid tuberkulös peritonit. Czerny framhåller, att uppkomsten af tarmfistlar bör förklaras genom ostig uppmjukning och sekundär perforation af subserösa tuberkelknölar. Fistlar genom bukbetäckningarna kunna uppstå genom smältning af en parietal tuberkel, som sedan, ibland månader efter genombrottet utåt, äfven öppnar tarmen. På liknande sätt kunna ock förbindelser mellan tarmar uppstå.

Perihepatitens sammanhang med lefvertuberkulos är förut omnämnd.

Beträffande tuberkulosen i mesenterialkörtlarna torde det vara nog att påpeka, att den ibland kan förorsaka ända till knytnäfstora eller än större tumörer, uppkomna genom sam-

mansmältning af tuberkulösa körtlar under det den andra gånger kan uppträda i en massa körtlar, hvilka te sig som en mängd små, isolerade knölar.

En komplikation, som lätteligen kan uppträda vid den tuberkulösa peritoniten, är ileus. LEJARS anser den kunna uppstå på fyra olika sätt, nämligen: genom en brid, genom knäböjning af tarmen, genom sammanlödning i en klump af tarmslyngor och slutligen genom tarmparalysi.

En sådan brid kan utgöras än af en tuberkulös psevdomembran, än af omentet, än åter af en verklig peritoneal brid. Genom en dylik kan dels tarmen direkt hoptryckas, dels kan den föranleda en knäböjning af tarmen.

Att vid en torr, fibrinoplastisk peritonit, där tarmarna ligga hoplödda af psevdomembraner, lätt tvärböjningar och torsioner å tarmkanalen kunna uppstå, är tydligt. Dessutom kan dess lumen sammanpressas af ostiga massor, som här kunna utvecklas. Vid tvärböjning, orsakad af sammanväxning, kan perforation uppstå äfven utan tuberkulösa sår i tarmen.

Orsaken till tarmparalysien torde ej vara så lätt att inse. Man finner ingenting vid laparotomien; men ileussymptomen upphöra antingen omedelbart eller efter en till två dagar. Då intet mekaniskt hinder kunnat påvisas, har man antagit en dylik paralysi; ehuru alla tarmar visat sig fria, lika utspända och ballonerade. Denna form är funnen vid de torra peritoniterna utan adherenser eller med ett obetydligt, flytande exsudat.

Liksom annorstädes visar sig tarmocklusionen vid den tuberkulösa peritoniten antingen akut eller kronisk och symptomen äro lika bestämda som vanligt.

Då tarmarna ligga sammanlödda, uppstår vanligen ileus mera kroniskt efter upprepade anfall af förstoppning och har i alla händelser ett mindre hastigt förlopp än vid ett akut hinder i passagen. Fallet n:r 15 är en god illustration af ett dylikt förlopp och till en viss grad äfven n:r 14.

Tarmocklusioner genom brider eller knäböjning, orsakad af dylika, uppstå vanligen akut, lika så tarmparalysien.

Diagnosen af den tuberkulösa peritoniten erbjuder ofta de största svårigheter. Man måste innan man går till den fysikaliska undersökningen på det noggrannaste taga reda på sjukdomens anamnes och förlopp.

I anamnesen har man att fästa sig vid ärftliga anlag, hvilka dock, som förut är nämndt, här ej synes hafva samma inflytande som eljes vid tuberkulos. Vidare kommer i betraktande föregående skrofulösa eller tuberkulösa sjukdomar och dessutom som ett ej oviktigt moment möjliga travmer.

Hvad förloppet angår, äro de temporära förbättringarna och försämringarna synnerligen betecknande.

Patientens allmänna tillstånd lemnar ofta ingen ledning. Betydlig afmagring och mattighet tala visserligen i sin mon för, men ett blomstrande utseende och subjektift välbefinnande ingalunda emot sjukdomen. Feber kan finnas eller saknas lika så smärtor i buken.

Då diagnosen oftast ej kan ställas annorlunda än per exclusionem, måste den noggrannaste undersökning af de inre organen göras. Lemnar denna undersökning negatift resultat, så stödes diagnosen häraf indirekt vid de former, som hafva flytande exsudat, enär detta i så fall ej kan vara t. ex. en af lung-, hjärt- eller njursjukdom orsakad ascites, som dessutom vid dessa sjukdomar plär vara förenad med anasarca. En differentialdiagnos gent emot lefvercirrhos och portådertrombos ställer sig redan svårare men torde i regel vara möjlig.

Stöter åter en kronisk eller subakut peritonit till en tuberkulos i lungor, tarm, genitalia eller ben, så lär man sällan misstaga sig, om man anser den som en tuberkulös peritonit.

Vid inspektion af buken befinnes oftast hudvenerna dilaterade, och om någon form med så kallade skentumörer föreligger, synes ofta indragningar och utbuktningar af buken. Dessutom har man att fästa sig vid bukväggens orörlighet vid respirationen.

Finnes flytande exsudat, så iakttages ofta tarmarnas läge åt höger, vätskans företrädesvis åt vänster samt den möjligen befintliga tvärgående omentalvulsten strax ofvan nafveln.

Hvad de tuberkulösa tumörerna angår, så äro deras orörlighet och diffusa begränsning ej oviktiga moment. Ofta är buken här mera öm än i formerna med flytande exsudat.

De för känseln mera solida, af svålar och sammanlödda, ofta förtjockade och styfva tarmar bestående tumörerna hafva icke sällan sin plats i ileocekaltrakten och kunna räcka ned i lilla bäckenet. Om de äro fastvuxna vid bukväggen hafva de förväxlats med fibromer, och diagnosen torde under dessa förhållande vara omöjlig att direkt ställa.

De inkapslade exsudaten förete, enligt König, städse fluktuation och undulation på grund af vätskans ringa spänning.

Vid de torra formerna kan man stundom känna och höra peritoneala gnidningsljud, den förut omtalade, så kallade snökrepitationen.

Dessutom lär, enligt Edebohls, vid dessa former förekomma ett fysikaliskt symptom, hvilket jag för min del aldrig haft tillfälle iakttaga, och om hvars värde jag sålunda ej kan yttra mig, nämligen »cirkumskripta förtjockningar» i bukväggen, hvilka skulle bero på hyperemi och svullnad af den subperitoneala bindväfven. Om dessa förtjockningar finnas å ställen, där inga viscera ligga, äro de enligt Edebohls nästan patognomoniska, särdeles om de förekomma tillsammans med en tubarsvulst.

Man måste emellertid erkänna, att en differentialdiagnos mellan de tuberkulösa svulsterna och verkliga nybildningar kan vara ytterst svår och stundom endast möjlig, om alla omständigheter noga beaktas.

Ofta kan emellertid diagnosen vid hvarje form af peritonealtuberkulos vara så svår, att ej ens den mest metodiska undersökning och palpation leda till något bestämdt resultat, och Vierordt är af den åsikt, att, om ingen utgångstuberkulos kan påvisas, så kan man i bästa fall ställa *»en sannolikhetsdiagnos»*.

Ett medel finnes dock att ställa en säker diagnos, och det är att göra profincision, och detta medel bör man ingalunda sky, då det på samma gång är den enda lämpliga och verksamma behandlingen af peritonealtuberkulosen.

Men de finnas, som ej ens äro nöjda med laparotomien såsom diagnostiskt hjälpmedel utan fordra bakteriologisk undersökning för att konstatera, det tuberkulos verkligen föreligger.

Det kan ej nekas, att det för tolkningen af de genom laparotomien vunna resultaten är af största vikt att få en vetenskapligt fullt bevisad diagnos; men praktiskt ställer sig saken något annorlunda. Skulle man i det enskilda fallet hafva fullt praktiskt gagn af en bakteriologisk undersökning, så måste den göras före laparotomien. Detta kan ej ske på annat sätt, än att en del af det flytande exsudatet uttappas och undersökes dels direkt på baciller, dels användes till renkultur och ympning å djur. Härvid är dock att märka, att dessa undersökningar af exsudat mycket ofta utfalla negatift i

efter laparotomien bevisligen tuberkulösa fall. Dessutom kan denna undersökning alldeles ej verkställas, om flytande exsudat saknas.[1])

Om man endast genom inspektion af peritoneum gör diagnosen, så kan obestridligen i sådana fall, där läkning sedan inträdt en förväxling hafva egt rum mellan tuberkulos och godartade tumörer i peritoneum. Här kan, då tillfrisknande eger rum, ej vara vara tal om karcinom eller sarkom. Såsom sådana godartade svulster anför VIERORDT granulationssvulster, adenom och fibrom. Hvad de senare angår, så torde den miliära formen däraf sammanfalla med den s. k. peritonitis nodosa, hvarom ofvan är taladt, och de andra svulsterna, bland hvilka BIESALSKI dessutom nämner enkondrom, myxom, lipom och cystor, äro så sällsynta, att, om de möjligen någon gång skulle föranleda ett misstag, så saknar detta praktisk betydelse. Då genom själfva tillfrisknandet möjligheten af en förväxling med särskildt karcinom uteslutes, så torde denna läkning väl med skäl få anses som ett bevis för, att peritonealtuberkulos verkligen förelegat, och en kasuistik sålunda äfven utan bakteriologisk undersökning af de enskilda fallen ej vara värdelös.

Däremot vill jag gärna medgifva, att äfven vid inspektion af peritoneum förhållandena i undantagsfall kunna vara sådana, att särskildt en differentialdiagnos mellan tuberkulos och disseminerad kancer eller sarkom ej utan vidare kan ställas. Den egentliga, maligna tumören, om en sådan finnes, kan vara alldeles maskerad genom sammanväxningar och psevdomembraner; men jag vill dock anmärka, att dessa maligna, disseminerade knottror in vivo äfven makroskopiskt visa sig tydligen mera kärlrika än tuberklerna.[2]) Här kan ju en bakteriologisk och mikroskopisk undersökning hafva äfven sitt stora praktiska värde för att redan innan det eventuela tillfrisknandet kunna ställa fullt bevisad diagnos och antaglig prognos. Ett större vetenskapligt värde får fallet naturligtvis alltid, om diagnosen sålunda blifvit fastställd, och ur denna synpunkt måste man alltid anse en dylik undersökning önskvärd.

---

[1]) Skall man vid laparotomien uttaga ett stycke af peritoneum till undersökning, så bör man välja ett ställe, där tuberklerna äro friska; ty ostmassorna äro mycket fattiga på baciller. Ostmassornas infektionsförmåga anser KOCH bero därpå, att bacillerna här gått i sporbildning. Ännu hafva dock vetterligen ej sporerna kunnat färgas.

[2]) Ett undantag härifrån utgjorde i viss mon fallet n:r 18, där liflig injektion af såväl peritonen som en del af knottrorna förekom.

Att däremot i likhet med SPÆTH och LÖBLEIN på grund af de utan tvifvel mycket sällsynta diagnostiska misstagen sluta till, att alla botade, tuberkulösa pertitoniter ej varit bacillära utan endast enkla inflammatoriska exsudat, torde numera vara alldeles obefogadt, särdeles då man känner, huru sällsynt den enkla, kroniska peritoniten är.

Prognosen vid peritonealtuberkulos har af de flesta invärtes läkare ansetts mala och af ej få till och med absolut letal. Af den statistik, som finnes i en af PIC 1890 i Paris utgifven afhandling framgår emellertid, att vid symptomatisk, expektativ behandling af barn 34 % och af vuxna sammanlagdt 18 % kunnat, vanligen efter flere månader ända till 2 år, från sjukhusen utskrifvas friska eller förbättrade. Bäst stälde sig utsikterna vid seröst exsudat. BOURRIGAULT, som 1894 sammanstält 175 fall, får dock endast 16 % tillfrisknade.

Häraf framgår, att prognosen ej är så ogynsam, som man stundom velat antaga, äfven om det ej är osonnolikt, att en del diagnoser varit oriktiga. Man anser också numera tämligen allmänt, att en spontan läkning finnes, och enligt OSLER är den vanligast vid måttlig inflammation med ringa, serofibrinöst exsudat. Detta stämmer också tämligen med PICs uppgifter. Vidare finner man, att prognosen ställer sig vida fördelaktigare för barn, d. v. s. personer under 15 år, än för vuxna.

Man måste dock, så snart fråga är om tillfrisknande vid denna sjukdom, iakttaga en viss försiktighet; ty den liknar i så fall syfilis, att långa remissioner kunna finnas, utan att man bestämdt vet, huruvida dessa betyda verklig hälsa.

Sedan genom KÖNIGs uppsats 1884 laparotomien införts såsom mera allmän behandlingsmetod vid tuberkulös peritonit, har också utsikterna till förbättring och till och med stundom hälsa betydligt ökats. Enligt den af ROERSCH uppstälda statistiken öfver 358 med laparotomi behandlade fall hafva 70 % utskrifvits friska. Hos 34 % har läkningen konstaterats efter mera än 6 månader, hos 22,5 % efter mera än ett år och hos 15 % efter mera än två år. Bland de sist nämnda är SPENCER WELLs bekanta fall, som var friskt ännu efter 27 år, ett af SCHÜCKING 15 år och CZERNY 14 år. Mitt fall n:r 3 har jag återsett fullt friskt, efter mera än 12 år. N:r 5 är opererad för 9 år sedan, n:r 6 för 8 år, n:r 7 för 7 år, n:r 8 för 7 år,

n:r 10 för 6, n:r 11 för 5 och n:r 13 för 2½ år sedan, dessa äro alla fortfarande friska.

Alla former kunna, enligt König, läkas, men utsikterna ställa sig väsendtligen olika dels beroende på sjukdomsformen dels på det lättare eller svårare ingrepp den betingar. Härför skall längre fram närmare redogöras.

Behandlingen kan vara antingen medicinsk eller operativ. Den medicinska behandlingen är i det hela expektativ och symptomatisk. God allmän hygien, hvila och diet äro härvid af stor vikt, och Vierordt anser, att läkning kunnat åstadkommas ensamt härigenom. Mitt fall n:r 17, som behandlats på detta sätt, synes tio månader efter sjukdomens utbrott vara fullt friskt.

Vidare har man rekommenderat medelvarma, Priessnitz'ska omslag, kataplasmer, lätta ingnidningar af buken med kvicksilfversalfva, lindrig massage och gnidningar med sapo viridis. Denna senare har särskildt Pribram med värma förordat. I undantagsfall inträder på detta sätt en långvarig remission, »som kanske leder till hälsa».

Den operativa behandlingen har hufvudsakligen utgjorts af punktion med eller utan inblåsning af luft eller utspolning af buken samt af laparotomi.

Punktionen anses i allmänhet mindre verksam och förkastas af de flesta. Jag har dock sett god nytta af densamma vid recidiv. Fallet n:r 6 fick ett år och sju månader efter laparotomien recidiv, hvarför punktion gjordes. Han hade ett fritt, seröst exsudat och är sedan 7 år frisk. Detta fall, som första gången opererades den 28 februari 1888, erbjuder dessutom det intresset, att det var den andra manliga individ, som opererats, efter det diagnosen stälts på peritonealtuberkulos. Den första opererades året förut af Roosenburg. Vid liknande exsudat gjordes å fallet n:r 5 tvänne gånger punktion vid recidiv, första gången sex veckor efter laparotomien och andra gången en månad efter den första punktionen. Hon utskrefs med exsudat i buken och tillfrisknade småningom, sedan en mängd vätska spontant afgått genom ärret. Hon är sedan 9 år frisk.

Vid tvänne andra fall har jag gjort en operation, som, hvad den tuberkulösa peritoniten angår, kan betraktas som en punktion. Det gälde nämligen rörliga, kongenitala ingvinal-

bråck. Det ena var dubbelsidigt hos en 3 år gammal, det andra enkelt hos en 1 ½ år gammal gosse, fallen n:r 8 och 10. Hos båda voro bråcksäckarna rikligt besatta med tuberkler och hos n:r 10 äfven det vid bråcksäcken fastvuxna omentet, hvaraf den framfallna delen afskars nedom en ligatur. I det första fallet fans rikligt med flytande exsudat, som uttappades genom bråckportarna under kompression af buken. I det andra fallet utkom endast en ringa mängd flytande exsudat. N:r 8 är frisk sedan nära 7 och n:r 10 sedan 6 år.

Det är egentligen CECCHERELLI, som förordat punktion med utspolning vid fritt exsudat. MOSETIG-MOORHOF och ett par andra hafva under liknande förhållanden i några fall förenat punktionen med inblåsning af steril luft. Båda sätten hafva haft goda resultat. TRUC har försökt insprutning af jodoformeter, MAURANGE af jodoformvaselin. KIRMISSON och PINARD hafva behandlat ett fall, som efter laparotomi fått recidiv, med insprutningar af hundserum. Patienten tillfrisknade. BERGERS och NETTERS försök med insprutning af naftolkamfer efter punktion torde ej mana till efterföljd, ehuru metoden rekommenderats af CATRIN och RENDU. Vidare har man användt permanent drainage, hvarmed WHITTIER i ett fall lyckats efter en månad. Ett annat fall, som behandlades på liknande sätt af LUIGI CARVI, var läkt på tio månader.

Man har emellertid förebrått punktionen, att vid densamma lätt tarmar eller oment kunna skadas, då man ej på förhand kan med säkerhet veta, om ej en tarmslynga eller omentet äro adherenta till främre bukväggen, och dessutom anses med skäl punktionens verkan mindre säker. Utan tvifvel äro dessa anmärkningar befogade, och då laparotomien ej kan anses farligare än punktionen, men däremot har de obestridliga fördelarna, att man opererar med större säkerhet, och att man genom densamma sättes i tillfälle att konstatera diagnosen, så torde buksnittet vara vida att föredraga framför paracentesen.

Laparotomien kan numera anses som den hufvudsakliga behandlingsmetoden. Dess uppgift ställer sig emellertid väsendtligen olika vid de olika formerna af den tuberkulösa peritoniten. Så har man t. ex. vid seröst exsudat endast att tömma vätskan, vid den adhesiva formen däremot kan det blifva tal om att lösa adherenser mellan tarmar o. d. och vid den ulcerösa att dessutom tömma varhärdar och möjligen exstirpera ostiga

härdar. Vid de mera lokala kan det gälla aflägsnande af de angripna delarna, från hvilka peritoniten utgått, såsom coecum, omentet eller tuborna o. s. v. Det är på grund häraf nödvändigt att särskildt afhandla laparotomien vid de olika formerna såväl hvad operationstekniken som indikationer och resultat angår.

Att buksnitt *vid det serösa exsudadet*, de så kallade *ascitesformerna* bör göras, därom äro alla ense. Är exsudatet fritt, bör man göra ett litet snitt i medellinien nedom nafveln, är det däremot inkapsladt, lägges snittet lateralt eller mediant direkt på exsudatet. Snittet lägges med försiktighet, då lätt tarmar eller oment kunna vara fastvuxna vid främre bukväggen, hvilken i regel visar stor blodrikedom. Man bör ej låta förvilla sig af det ofta enormt förtjockade peritoneum. Vätskan bör i alla händelser noga uttappas och slutligen utsugas med steril gas o. d. Någon sköljning är ej nödig men kan bidraga att på ett för peritoneum så litet som möjligt skadligt sätt aflägsna fibrinösa flockor eller ett seropurulent exsudat, om sådant finnes. Till sköljvätska bör i så fall hälst användas fysiologisk koksaltlösning af + 38°, då härigenom enligt WALTHARDS undersökningar bildning af adherenser bäst förebygges. Dessa torde nämligen efter senare undersökningar alldeles ej vara nödvändiga för läkningen; men de kunna däremot medföra fara för ileus och utgöra ett hinder för tarmarnas fria rörlighet. Antiseptiska utspolningar tyckas ej gynna läkningen snarare tvärtom.

Dränage är både obehöflig och kan vara farlig. Dessutom inkapslas röret snart af exsudat. Anser man det nödigt, kan vid inkapsladt exsudat med rigida väggar MIKULICZ's påse användas.

I det föregående äro omtalade akut, subakut och kronisk peritonit med seröst exsudat. Resultatet efter operationen ställer sig enligt ALDIBERT och ROERSCH mycket olika i dessa former.

I den akuta formen äro, säger ALDIBERT, endast två operationsfall kända, båda med letal utgång. Den ena patienten lefde dock en månad efter operationen.

Ett akut förlopp med jämförelsevis hög feber hade dock mitt fall n:r 18, hvilket öfvergick till hälsa. Trenne dylika fall hafva nyligen publicerats af ISRAEL. På nord. kirurg. föreningens sista möte omtalade SÖDERBAUM två fall, som opererats

under det akuta stadiet, och af hvilka det ena tillfrisknade. Hit torde äfven mitt fall n:r 12 få räknas, hvilket dock hade letal utgång.

Då den akuta formen lemnar så dåligt resultat, kan det vara fråga om, huruvida man här bör operera eller ej. Naturligtvis hör ej hit den peritonit, som är ett uttryck för infektionen vid en allmän akut miliartuberkulos, utan det är endast fråga om akut, tuberkulös peritonit. När man emellertid besinnar, att dessa patienter gå en nästan oundviklig död till mötes, så må man anses skyldig att genom en laparotomi skaffa dem den snart sagdt enda utväg till räddning, som finnes, då denna form ytterst sällan öfvergår till den mera kroniska. Ingreppet bör emellertid göras, innan patienten ligger in agone.

Den subakuta formen visar hos barn 83,4 och hos vuxna endast 50 % läkta. Den kroniska med allmänt exsudat hos barn 93,8 och hos vuxna 71 %. Det inkapslade exsudatet ger den bästa prognosen och lemnar hos barn 100 %, hos vuxna 76,7 %. Tillsammantagna gifva de subakuta och kroniska för barn under 15 år 87,5 %, vuxna 75,5 %.

För de subakuta och kroniska formerna har man anfört feber som en kontraindikation, emedan denna skulle visa, att sjukdomen vore i fortskridande. Detta är dock ingalunda alltid fallet, men om den förhöjda temperaturen skulle bero på akut utveckling af tuberkulos i något annat organ, så utgör detta en kontraindikation mot operationen, hvilken i så fall kunde bidraga att påskynda spridningen af allmän tuberkulos.

Som regel gäller, att i alla former af tuberkulös peritonit operera så fort ske kan, innan patientens allmänna tillstånd försämrats altför mycket.

Efter operationen har jag sett tvänne komplikationer kunna inträffa nämligen spontan bristning af ärret, då vätska ånyo samlas, samt ulceration af ärret. Det förra var händelsen i fallen n:r 4 och 5. Det senare visade sig i fallen n:r 11 och 18, där en tuberkulös infektion tydligen från buken fortplantats till såret.

Vid recidiv, hvarmed ej menas den återansamling af vätska, som alltid följer omedelbart på operationen, göres ny laparotomi, om det ej visar tendens till spontan läkning.

De fibrösa formerna såväl den torra i egentlig mening, där det flytande exsudatet resorberats, som ock den adhesiva

äro, som förut nämndes, att anse som peritoniter stadda i läkning, enär tuberklerna här hålla på att bindväfvandlas.

Aldibert anser emellertid ej den torra formen utan adherenser vara stadd i läkning och yrkar, att laparotomi vid densamma bör göras, då man ej kan beräkna, huruvida den ej i stället för att blifva fibrinös och adhesiv, hvilket han anser oundgängligt för läkningen, i stället blir ulcerös. Jag tror ej denna uppfattning fullt riktig med undantag däraf, att hvarje form kan blifva ulcerös.

Att däremot den adhesiva formen tenderar till spontan läkning och sålunda ej behöfver opereras, därom synes alla vara ense. Dock kan äfven här under vissa omständigheter en operation blifva af nöden, och det är då vanliga komplikationer, som tvinga härtill. Hos en motståndkraftig, frisk individ, som ej har obehag af åkomman, finnes sålunda i denna form intet skäl att ej respektera den fibrösa transformationen. Annorlunda är förhållandet, om allmänna tillståndet är medelmåttigt med intermittenta feberanfall, minskning af krafterna och afmagring. Likaså vid häftiga smärtor, som hindra sömn och verksamhet, vid akut eller kronisk tarmocklusion och slutligen för att konstatera en svår diagnos. Under dessa omständigheter kan laparotomi vara indicerad.

Vid operationen bör man gå direkt på tumören, om en sådan finnes, och med största försiktighet genomskära peritoneum, då man här oftare har att vänta adherenser mellan tarmar och främre bukväggen. Ibland kunna adherenserna mellan peritoneum parietale och viscerale vara så svåra, att man ej ens kan intränga i den egentliga peritonealhålan utan tvingas dessförutan afsluta operationen, hvilken det oaktadt kan hafva en gynsam verkan. Opererar man för smärtor eller ileus, bör man försöka lossa tarmar och oment; men detta får ske med den största skonsamhet för att undvika omedelbar bristning af en atrofisk tarmvägg, eller ock att en tarmfistel med alla dess vådor senare må uppstå. Sådana sterkoralfistlar hafva bildats ibland ända till tre veckor efter laparotomien. I fallet n:r 9 uppkom en dylik efter 16 dygn. De böra ej opereras, då alla försök härtill hafva misslyckats, men kunna stundom snart nog spontant läkas.

Huruvida efter laparotomi vid dessa fall bör användas dränage af bukhålan eller ej får bero på omständigheterna. Lämpligast torde en Mikuliczs påse vara, om drainage anses nödig.

Hos barn har ALDIBERT funnit ända till 100 % läkta efter under dessa omständigheter gjord laparotomi och hos vuxna 68,4 %. Definitiv torde läkningen få anses vid denna form hos barn i 60 %, hos vuxna i 30,7 %.

Hvad de mera *lokala formerna* angår, så torde den *tuberkulösa perityfliten* böra behandlas med resektion af coecum, då en enkel laparotomi här ej lemnar något resultat.

Vid en mera isolerad *epiploït* kan resektion af omentet ifrågakomma.

Vid *genitalt ursprung* för bukhinnetuberkulosen böra om möjligt de tuberkulösa tuborna aflägsnas.

De ulcerösa formerna äro utan tvifvel de farligaste och för behandling minst tillgängliga; men här är å andra sidan laparotomien det enda räddningsmedlet.

I den torra formen med ostiga massor lemnar operationen en mycket dålig prognos. Mortaliteten uppgår ända till 75 %. Endast i sjukdomens början kan man hoppas något godt resultat. Ännu sämre ställer sig prognosen vid de suppurerande, inkapslade, multipla härdarna. Här har man inga utsikter att lyckas tömma alla eller ens de flesta.

I de lokaliserade, särdeles de periumbilikala inflammationerna är prognosen bättre än vid fritt, purulent exsudat. Att uttömma varet är emellertid i dessa fall bestämdt indiceradt.

Operationen afser att gå direkt på varsamlingen och dränera den samma utan att förstöra adherenserna. Här är utspolning på sin plats, hälst med koksaltlösning. Intestinalfistlar och pyosterkoralfistlar uppstå ofta i denna form. De böra lika litet opereras här som eljes, om ej deras läge altför nära pylorus tvingar därtill.

Beträffande *tuberkulosen i mesenterialkörtlarna*, så kan man, om den ostiga härden ej är altför stor, försöka exstirpera den samma, och vore det möjligt, så borde man alltid borttaga den ursprungliga härden. Först då kunde man tala om en verkligt rationel operation. Härvid har dock utan tvifvel CZERNY gått för långt, då han försökt exstirpera de ostiga svålarna. Hans trenne fall mana ej till efterföljd. På den mera disseminerade mesenterialtuberkulosen synes laparotomien hafva ett välgörande inflytande.

Laparotomien *vid ileus* kan stundom lyckas, men i andra fall kan det vara fullständigt omöjligt att bland de till en

kaka sammanlödda tarmarna bestämma hindrets läge, och ett lossande af alla adherenser ligger ej inom möjlighetens gränser. Att åter under dylika förhållanden anlägga en anus præternaturalis kan stöta på lika stora svårigheter, då man ej vet, på hvilken del af tarmkanalen man befinner sig. Emellertid är ju alltid en explorativ laparotomi vid ileus indicerad.

Vid alla former af tuberkulös peritonit måste man efter operationen väl hafva i minnet den allmänna behandlingen med god hygien, tjänlig diet o. s. v. Efter operationen rekommendera några att gifva vismut såsom desinfektionsmedel för tarmkanalen.

Kontraindikationer mot laparotomien betingas mindre af den tuberkulösa peritoniten själf än af komplikationer från andra organ.

Så är en till flere organ disseminerad tuberkulos ett mycket ogynsamt moment, som visar, att infektionen är kraftigare än organismens motståndsförmåga. Det kan under sådana omständigheter vara bestämdt kontraindiceradt att göra något som hälst kirurgiskt ingrepp af betydenhet. Hos en dylik individ löper man fara att genom operationen framkalla allmän miliartuberkulos.

Finnes däremot en eller annan mindre, osteitisk härd eller suppurerande lymfkörtlar, så har detta mindre att betyda; ty i motsatt fall skulle man nödgas altför mycket begränsa operationen.

En föga utbredd lungtuberkulos behöfver ej häller utgöra något hinder, och man har till och med flere gånger sett en sådan förbättras efter operationen.

Akut plevrit är en bestämd kontraindikation, men en kronisk, torr eller med föga exsudat är af mindre vikt.

Utbredd tarmtuberkulos förbjuder operationen och leder lätt till sekundära sterkoralfistlar med dödlig utgång. Har man skäl antaga tarmtuberkulosen vara mera begränsad, så behöfver den däremot ej utgöra ett absolut hinder. En allvarlig komplikation är den dock alltid.

En verklig kontraindikation mot laparotomien utgör äfven njurtuberkulosen.

Laparotomien vid tuberkulös peritonit visar en låg mortalitetssiffra, som af König beräknas till endast omkring 3 %. Tager man däremot med i räkningen alla dem, som intill två år efter operationen aflida genom själfva sjukdomens fortgång,

uppstår en total mortalitet af 23 %; men af dessa hafva mera än hälften lefvat länge efter ingreppet. Dessa statistiska siffror, hvilka grunda sig på från alla världens kanter sammanförda uppgifter, hafva naturligtvis endast ett mycket relatift värde. Man kan dock hoppas, att mortaliteten i framtiden skall blifva mindre, då man lärt sig välja fallen, och man bör besinna, att äfven de, som slutligen duka under för självfva grundlidandet, likväl i regel haft en stor vinst af peritonitens förbättring. Ett skadligt inflytande af operationen har man endast i ytterst få fall iakttagit och då vanligen genom uppkomsten af sterkoralfistlar, vållade af ett oförsiktigt lossande af adherenser.

Att efter laparotomien en verklig läkning af peritonealtuberkulosen äfven i anatomiskt afseende inträder är flerfaldiga gånger visadt genom obduktion längre eller kortare tid efter operationen eller ock genom af en eller annan orsak förnyad laparotomi.

Sådana fall finnas omtalade af AHLFELD, HIRSCHBERG, HOFMOKL, CLARKE, ROERSCH, SCHMITZ-SCHEDE m. fl. och i Sverige af H. WAHLSTRÖM (Hygiea 1894, sid. 333). Så har t. ex. RICHELOT i ett fall, där han ånyo 18 månader efter första laparotomien på grund af eventration företog samma operation, funnit peritoneum fullt normalt utan adherenser eller tuberkler. På mellantiden hade patienten fått recidiv, hvarför buksnitt gjorts af LABBÉ, som dock ånyo slöt buken, då han trodde sig hafva med karcinom att göra.

JORDAN redogör för tio genom bacillundersökning bevisade fall, där dels genom obduktion dels genom förnyad laparotomi fullständig läkning utan adherensbildning konstaterats.

LEGUEU omnämner sex sjuka, som undergått buksnitt för peritonealtuberkulos och senare aflidit i lungtuberkulos, hos hvilka den först nämnda tuberkulosen vid obduktionen visade sig läkt.

Då man besinnar, att peritonealtuberkulosen själf tenderar till läkning under den mest olika behandling, så synes denna yttring af den mångskiftande tuberkulosen höra till de mest botliga. Då man emellertid ej kan räkna på den spontana läkningen, och man betänker, huru lätt denna sjukdom sig själf lemnad tager en ödesdiger vändning, är utan tvifvel ett kirurgiskt ingrepp fullt berättigadt, om man än måste erkänna, att indikationerna för detsamma ännu behöfva närmare fastställas.

Frågan, *huru en läkning vid peritonealtuberkulos uppkommer* och *hvad inflytande laparotomien har på densamma*, är utan tvifvel af stort intresse. Man har ansett, att dels ett direkt försvinnande af tuberklerna kan förekomma, ett slags läkning per primam, dels en inkapsling i bindväf, som så att säga skulle kväfva dem. Detta senare sätt har LINDNER liknat vid en per secundam läkning. Skulle emellertid tuberklerna utan vidare resorberas, så blefve närmaste följden en allmän infektion af bacillerna och sålunda en miliartuberkulos. Bacillerna måste altså, som PHILIPPS mycket riktigt anmärkt, »på ort och ställe hafva blifvit oskadliggjorda.» Man har härvid tänkt på den lifliga blod- och lymfströmningen i peritoneum efter uttappandet af exsudatet, på luftens retande inverkan eller till och med på solljusets bakteriedödande egenskaper.

Redan 1885 framkastade jag den förmodan, att verkan af laparotomien vore att söka däruti, att väfnaderna genom operationen kommit under vilkor, som gjorde det för dem möjligt att från sig afskilja den tuberkulösa infektionen, då operationen genom tömmande af exsudatet inverkade på cirkulationen i bukhålan.

Nu är emellertid förhållandet det, att laparotomien likaväl visar sig verksam vid de former, där intet flytande exsudat finnes som vid dem, där dylikt kan uttappas. Dess verkan måste altså bero på något för båda dessa former gemensamt, och detta gemensamma är just själfva buksnittet. Den omedelbara verkan af detta snitt, det må nu göras vid den ena eller andra formen, blir obestridligen ett ökadt blodtillflöde till peritoneum. Besinnar man nu, att bukhinnan lemnad åt sig själf ej utan framgång kan upptaga striden mot infektionen eller närmare uttryckt mot tuberkelbacillerna och deras toxiner, hvilket bevisas genom den tuberkulösa peritonitens tendens till spontan läkning, så skulle i många fall det endast fordras ett plus på den rätta sidan, för att den vitala energien hos bukhinnan skulle segra.

Blodet själf innehåller just ett kraftigt bacilldödande ämne, utan hvilket tvifvelsutan hvarje lefvande varelse vore hemfallen åt hvilken infektion som hälst. Detta ämne är blodserum, hvilket vid ett lifligare blodtillflöde i större mängd tillföres väfnaderna, och som i motsats till antiseptica kan intränga öfveralt och således komma i direkt beröring med bacillerna. Denna inpuls till läkning synes mig hittils altför litet beaktad

vid föreliggande åkomma.[1]) Det är tydligt, att tillflödet af blod och sålunda serum vid en punktion är mindre än vid ett buksnitt endast på den grund, att den mekaniska insulten är mindre. Man skulle möjligen härigenom kunna förklara, hvarför punktionen är mindre verksam än laparotomien.

En annan ej oviktig faktor vid bacillernas oskadliggörande torde vara de af WASSERMANN, BRIEGER och KITASATO påvisade antitoxinet, hvilka uppkomma vid de utvandrade, hvita blodkropparnas sönderfallning.

Vill man söka efter analogier, så finner man på sätt och vis en sådan i BIERS behandling af ledgångstuberkulosen med stagnationshyperemi. Denna behandling grundar sig som bekant på det kända faktum, att en blodfattig lunga är mycket mottaglig för tuberkulos, då däremot en mer än vanligt blodrik, såsom vid insufficiens i mitralis, är i viss grad immun.

Men den mera tillfälliga hyperemien efter en laparotomi vore ej nog att ensam förklara läkningen af tuberkulosen. Andra viktiga moment måste också tillkomma, och i detta afseende synas mig djurexperimenten mycket talande. Så har GATTI gjort försök med infektion af peritoneum och längre fram med positift resultat gjort laparotomi. De mest bevisande experimenten tyckas emellertid vara de af NANNOTTI och BACIOCCHI 1895 offentliggjorda. De hafva genom injektion af tuberkulöst materiel åstadkommit peritonealtuberkulos på hundar och kaniner. Utan laparotomi dogo nu dessa inom en viss tid. Därvid ådagalades, att tuberkulosen öfvergått å lymfkörtlar, lefver, pleura och lungor. Endast en hund visade tendens till spontan läkning. Efter, eventuelt förnyad, laparotomi tillfrisknade däremot 7 hundar och 2 förbättrades. Hos 2 blef operationen utan verkan.

Vid mikroskopisk undersökning iakttog man, att bacillerna sönderföllo kornigt, och dessutom märktes fagocytos af nybildade, epiteloida celler. Tuberkelbacillerna hade förlorat sin virulens. Vidare iakttogs en degeneration af de celler, hvaraf tuberklerna voro sammansatta, samt inträngande af nybildade kärl och bindväf i tuberklerna, hvarigenom dessa resor-

---

[1]) Hit hör i viss mon en iakttagelse, som hvarje erfaren kirurg torde hafva gjort, nämligen att en större blodförlust minskar motståndskraften mot en septisk infektion. Likaså nedsättes denna vid en dålig cirkulation af blodet, såsom vid gangræna senilis, där säkerligen en sådan före en amputation o. d. befintlig septisk infektion ofta är dödsorsaken.

berades och ersattes af ärrväf. Peritoneum kunde härigenom få ett nästan normalt utseende men i andra fall kvarstodo adhesioner och ärriga knottror.

Detta senare visar ju tydligen tuberkulosens öfvergång till, hvad man kallat peritonitis nodosa, hvilken altså torde få anses som en experimentelt bevisad, läkt tuberkulos.

Laparotomien, utan hvilken läkningsprocessen kan i en viss grad fortgå, stegrar dock enligt dessa experimentatorer denna process i en oerhörd grad i följd af den imflammatoriska retning, som den mekaniska insulten åstadkommer å det känsliga peritoneum. Retningen visar sig genom infiltration af rundceller kring tuberklerna, förhöjd blod- och lymfströmning och förökad resorptionsverksamhet. Det är ytterligare visadt, att laparotomien stegrar bukhinnans reaktion med införda främmande kroppar, och att genom densamma resorptionen af jod ökas.

Dessa experiment, med hvilka de resultat, hvartill d'Urso kommit, vid histologisk undersökning af läkningsprocessen hos tre kvinnor, å hvilka han sju gånger gjort laparotomi, stämma väl öfverens, synas mig af särdeles stort intresse för att förklara läkningsprocessen efter laparotomien. Redan Osler har påpekat något liknande hos en patient, som dog i akut pnevmoni 5 månader efter laparotomi för tuberkulös peritonit. Tuberklerna visade sig här bestå af ett fåtal celler i en fast, fibrös väfnad. Midt i massan funnos jätteceller med fettkorn. Talrika tuberkelbaciller kunde ännu iakttagas. Ett liknande fall har Jordan nyligen publicerat, och han drager däraf den slutsatsen, att peritonitis nodosa möjligen är en i läkning stadd tuberkulös peritonit.

Det är emellertid sannolikt att äfven adherenserna, som så gärna uppstå vid den tuberkulösa peritoniten, spela en viktig roll vid läkningen. De äro funna i ungefär 45 % af sektionerna och iakttagas ofta äfven vid laparotomi. Fullständig läkning utan adherensbildning är dock, som förut är nämndt, dels genom obduktion, dels genom förnyad laparotomi flerfaldiga gånger konstaterad.

För att i få ord uttrycka den uppfattning, till hvilken de nyaste forskningarna rörande den tuberkulösa peritoniten ger anledning, vill jag uppställa följande tvänne satser:

1. Den kroniska peritoniten med bindväfsknottror, i hvilka inga baciller kunna hvarken direkt eller på bakteriologisk väg

påvisas, är en i läkning stadd peritonealtuberkulos, där dock det flytande exsudatet ännu kan kvarstå.

2. Det i följd af den travmatiska insulten tillströmmande blodserum ger sannolikt i första hand efter laparotomien impulsen till läkning, därigenom att det skadar bacillerna. Sedan kommer den reaktionära inflammationen med utvandring af hvita blodkroppar och nybildning af kärl och bindväf samt resorption af de celler, hvaraf tuberklerna utgöras. Vid denna inflammation äro tvifvelsutan såväl uppkomsten af antitoxiner som fagocytosen väsentliga moment vid bacillernas oskadliggörande.

Det synes, som om de nyare forskningarna spridde altmera ljus öfver den förut så oförklarliga läkningen af peritonealtuberkulosen efter laparotomi, och det vore att önska, att såväl denna omständighet, hvilken är egnad att hos tänkande män ingifva mera förtroende för den utan tvifvel mest rationela behandlingen af denna mångsidiga sjukdom, som ock sjukdomens stora betydelse i såväl teoretiskt som praktiskt afseende måtte bidraga, att mera allmänt fästa uppmärksamheten på denna intressanta form af mänsklighetens farligaste fiende, tuberkulosen.

Kasuistik.

1. En 37-årig hustru inkom d. 2 aug. 1878 till Mariestads lasarett — där jag då vikarierade — för en förmodad ovarialcysta. Någon dylik kunde dock ej upptäckas, men däremot en betydlig fri ascites, som i hög grad besvärade respirationen, och hvars orsak ej kunde utrönas. Efter en liten profincision med uttappning inträdde snabb läkning och fullständig hälsa. Det i peritonealhålan införda fingret hade ej kunnat upptäcka något abnormt; särskildt finnes anmärkt, att ovarierna kändes friska, men jag minnes, att peritoneum hade ett eget utseende, utan att jag, som då för första gången gjorde en diagnostisk laparotomi, ansåg det lämpligt att göra en noggrannare undersökning.

Fallet finnes intaget i Hygiea 1878, s. 411. Det vidare förloppet är mig obekant.

2. Hustru Anna Johansdotter, 23 år, från Vallåkra, hade sedan 2 år varit sjuklig, under hvilken tid buken altmer tilltagit i omfång. Hon inkom till Helsingborgs lasarett d. 20 jan. 1881, hade då en kolossal ascites och var mycket svag, men kunde dock gå uppe.

Då ingen sjukdom från de inre organen kunde upptäckas, och ascites i hög grad försvårade respirationen, beslöts göra profincision för att åtminstone uttömma vätskan i buken och möjligen klargöra diagnosen. D. 25 jan. gjordes altså laparotomi med liten incision. Sedan en stor mängd ascitesvätska utrunnit, befans peritoneum, såväl parietale som viscerale, öfverfullt af tuberkler. Några större tumörer kunde ej upptäckas, men väl mindre svålar. Sedan bukinnehållet blifvit tömdt, hopsyddes såret och Listerförband anlades.

Efter operationen instälde sig svåra kräkningar och diarré. Temperaturen var d. 25 på aftonen normal. Pulsen liten, ej särdeles frekvent. D. 26 var temp. 38°—39,4°. På förmiddagen svåra kräkningar med diarré.

D. 27. Diarréet fortfar, oaktadt opiater, konjak m. m. Temp. 39,5°—38,7°. Ingen ömhet i buken.

D. 28. Samma tillstånd. Kräkningar. Temp. 38,9°—39°.

D. 29. Temp. 38,9°—39°.

D. 30. Allmänna tillståndet ytterst uselt. Temp. 39°—39°. Kräkningar och diarré.

D. 31 på f.m. afled pat. Obduktion tilläts ej.

3. Hustru Elna Larsson, 46 år, från Klappe, inkom d. 19 jan. 1884. Hon hade sedan 14 dagar känt sig matt, och märkt att buken tilltagit i omfång. Var förut alldeles frisk.

Vid undersökning fans i buken en rörlig, hufvudstor, fluktuerande tumör, som gjorde intrycket af en ovarialcysta med ytterst tunna väggar och med en fastare resistens upptill.

Då jag emellertid ej med säkerhet kunde ställa diagnosen, konsulterades en kollega, och i hans närvaro gjordes d. 23 jan. profincision af ungefär 3 tums längd. Sedan bukhinnan öppnats, inkom man i ett väl begränsadt hålrum, fyldt af klar, serös vätska och bildadt af sammanlödda tarmar. Peritoneum öfverfullt af tuberkler. Omentum majus uppdraget, bildade ett med fibrinösa svålar betäckt, tvärgående kylse, öfversålladt af tuberkler. Jag stälde prognosen dålig, men uttömde noga all vätska, slutligen med svampar, samt hopsydde buksåret. Trämasseförband, med borjodoform, strödd på såret. Läkning per primam utan minsta reaktion. Utskrefs läkt d. 11 febr. Dagarna innan hade just KÖNIGs uppsats kommit mig tillhanda, och det var mig en stor glädje att kunna meddela pat:s man, för hvilken jag förut framstält mina farhågor, att utsikterna dock ej torde vara så ogynsamma, särdeles som kvinnans allmänna tillstånd var mycket tillfredsställande. Jag har sedan alt emellanåt haft underrättelser från henne, och hon befinner sig ännu i febr. 1896, således mera än 12 år efter operationen, fullt frisk.

4. Hustru Botilda Andersson, 56 år, från Mölle, inkom d. 17 juni 1884. Hon hade sedan en månad känt sig matt och klen, samt märkt att buken tilltagit i omfång.

Vid inkomsten hade hon en ganska betydlig ascites. Allmänna tillståndet uselt. Från lungor, hjärta, lefver och njurar kunde inga sjukdomssymptom upptäckas. Sedan diuretica förgäfves användts, gjordes d. 23 profincision, hvarvid ascitesvätskan uttappades, och peritoneum befans öfverfullt af miliära tuberkler. Någon utspolning af peritoneum gjorde jag ej, enär det förra fallet förlupit så lyckligt utan dylik.

Trämasseförband med borjodoform. I början gick alt bra efter operationen, endast att temperaturen var nästan väl låg. D. 23 på aftonen 36,4°. D. 24 f.m. 35,9°, e.m. 36,8°. Temperaturen höll sig sedan vid 37° eller högst tre tiondelar däröfver till d. 29 på aftonen, då den åter var abnormt låg, endast 35,8°. D. 2 juli uppgick den på aftonen till 37,9°. D. 3 f.m. 38°, e.m. 37,9°. D. 4 f.m. 38,9°. Sedan mättes den ej. Under tiden hade pat. varit högst orolig, ej kunnat förmås att ligga stilla och klagat öfver smärtor i epigastrium. Såret hade ej läkts fullständigt, utan silformigt, och förbandet hade flere gånger genomdränkts af ascites och måst förnyas. De sista dagarna uppträdde tämligen ofta kräkningar, som förut endast ett par gånger förekommit, samt markerades någon ömhet i buken. Krafterna aftogo altmer, så att pat. d. 5 på morgonen afled.

Vid obduktionen visade sig peritoneum något glanslöst, utan fibrinöst exsudat, öfversålladt af tuberkler. I lilla bäckenet en ringa mängd purulent exsudat. Ovarierna friska. Alla inre organ fullt friska och fria från tuberkler. I magsäckens slemhinna tvänne mindre, färska, runda sår med naggade ränder.

Utan tvifvel voro de vid obduktionen funna magsåren orsaken till smärtorna i epigastrium med däraf följande oro och beständiga läge-

förändringar, som i sin ordning naturligtvis voro högst störande för läkningen och bidrogo att framkalla peritoniten.

5. Flickan Edla Månsson, 11 år, från Spannarp, intogs d. 1 mars 1887. Sedan 4 månader hade hennes mage altmer förstorats, utan att hon för öfrigt varit sjuk.

Vid inkomsten iakttogs en betydlig ascites, men i öfrigt inga sjukliga symptom från de inre organen. Allmänna tillståndet godt. Diagnosen ställdes med sannolikhet på peritonealtuberkulos, och d. 5 mars gjordes profincision, hvarvid hela peritoneum befans öfversålladt af tuberkler. Ascites uttappades, och peritoneum spolades med ljum borsyrelösning, som sedan noga uppsögs med svampar. Ingen reaktion efter operationen. Normal läkning af såret. Däremot samlade sig ascites snart å nyo, så att d. 21 april punktion med trokar gjordes, hvilket d. 15 maj måste förnyas. D. 16 juni utskrefs hon och hade då ännu tämligen mycken vätska i buken. Allmänna tillståndet mycket godt. Efter hemkomsten förbättrades hon småningom, sedan en mängd ascitesvätska spontant afgått genom ärret, och i febr. 1896 var hon ännu fullt frisk.

6. Gossen Tage Voss, 7 år, från Helsingborg, intogs d. 27 febr. 1888. Han hade sedan fjorton dagar en altmer tilltagande ascites, som dock ej besvärade honom på annat sätt, än att kläderna blefvo för små. Hos gossen, som jag sett växa upp, och som förut varit frisk, kunde ingen särskild orsak till vätskesamlingen i buken upptäckas. Alla inre organ syntes normala.

Diagnosen ställdes på peritonealtuberkulos, och d. 28 gjordes laparotomi, hvarvid diagnosen bekräftades. Utspolning af peritoneum med ljum borsyrelösning och uppsugning af vätskan med svampar. Temperaturen i rectum steg på aftonen till 38,5° och var sedan en och annan gång öfver 38°. Förbandet, som utgjordes af borjodoform och dynor af sublimatträmassa, ombyttes första gången efter tio dagar, då såret var per primam läkt. Utskrefs d. 26 mars läkt.

Äfven i detta fall samlade sig efter hemkomsten en del ascites å nyo och utsipprade genom ärret, hvilket under förband af jodoform och borsyra å nyo slöt sig. På sommaren vistades gossen på landet och var i augusti, då han förevisades för läkaremötet härstädes, frisk och blomstrande. Så vidt kändt är, är detta det andra fallet, där peritonealtuberkulos hos en manlig individ efter ställd diagnos behandlats med laparotomi. Det första opererades 1887 af ROOSENBURG.

Pat. intogs å nyo d. 12 nov. 1889. Sedan en månad hade buken börjat svälla, och då inga symptom från de inre organen kunde påvisas, gjordes d. 13 punktion med trokar. En mängd ascites uttömdes, och d. 22 utskrefs pat. frisk och har fortfarande så förblifvit ännu i febr. 1896.

7. Enkefru Sophie E., 64 år, från Helsingborg, intogs d. 5 juni 1889. Sedan sex månader hade buken tilltagit i omfång, utan att

patientens allmänna tillstånd lidit häraf. Då ingen orsak till ascites kunde påvisas, gjordes d. 11 juni profincision, hvarvid en massa fri ascites utströmmade, och hela peritonealhålan befans öfversållad af miliära knottror. Uterus och ovarierna friska. Efter operationen steg temperaturen till 39,8 på aftonen och var d. 12:te 38,4, 38,1. D. 13:de 38, 38,3. Sedan var temperaturen normal. Under de första dagarna, då patienten intog ständigt ryggläge, hade hon svåra plågor i buken. Dessa lindrades, och temperaturen föll, så snart hon fick intaga sidoläge. Äfven i friskt tillstånd kunde hon aldrig ligga på ryggen. Läkningen gick emellertid ostördt, så att hon d. 3 juli kunde utskrifvas frisk. Frisk i febr. 1896.

8. Gossen Ludvig Hansson, 3 år, från Glumslöf, intogs d. 29 juli 1889. Han hade dubbelsidigt ingvinalbråck, som ej med bråckband kunde hållas inne. D. 30 gjordes herniotomi å båda sidor, hvarvid båda bråcksäckarna befunnos på insidan öfversållade med tuberkler. Därjämte fans i buken ganska mycken fri ascites, som uttömdes genom bråckportarna under tryck utanpå buken. Förloppet reaktionslöst. D. 29 augusti usskrefs han läkt och frisk samt försedd med dubbelt bråckband.

I febr. 1896 var han fortfarande frisk; men å högra sidan hade han ett bråck, mot hvilket bandage användes.

9. Jungfrun Elna Hansson, 20 år, från Kattarp, intogs d. 4 dec. 1889. Hon var sjuk sedan 2 månader. Modern död i »vattsot». Vid inkomsten kändes i buken fasta massor jämte flytande exsudat. Inre organ friska. Opererades d. 9 dec. Efter buksnittet visade sig ytterst fasta adherenser till främre bukväggen, hvarför snittet förlängdes ofvan nafveln, där man utan svårighet inkom i bukhålan. Peritoneum var öfverfullt af tuberkler, och tarmarna voro genom tjocka svålar dels fastlödda sinsemellan, dels till främre bukväggen. För att emellertid få klart, om någon tumör förelåg eller ej, var det nödvändigt lossa adherenserna till bukväggen och äfven delvis mellan tarmarna. Det visade sig nu, att altsammans endast utgjordes af exsudatsvålar, sammanlödande tarmarna, hvars peritonealbeklädnad var öfversållad med tuberkler. Uterus och ovarierna friska men deras peritonealbeklädnad full af knottror. Ascites utsögs med svampar, och hela peritonealhålan utspolades med ljum borsyrelösning. På aftonen var temperaturen 39,5 samt följande dag 37,7, 39,1. Dagarna därefter var den omkring 38° om aftnarna, och läkningen gick normalt till d. 20, då temperaturen på aftonen steg till 40,5. Såret var nu läkt, men i ärret märktes ett fluktuerande ställe, som öppnades, hvarvid en mängd stinkande var utrann. Temperaturen sjönk nu åter.

D. 25 var temperaturen å nyo 39,6 på aftonen, och fæces började utkomma genom såret. Nästan hela ärret bröt nu småningom å nyo upp. Tarmarna voro dock höljda af en tjock exsudatmassa, så att peritonealhålan strängt taget, fastän ärret gått upp, ej låg öppen. Efter hand utvecklade sig altmer ett septiskt tillstånd med feber, som

d. 1 jan. uppgick till 39,7 och sedan var lägre, omkring 38 på aftnarna. Emellertid blef pat:s allmänna tillstånd dagligen sämre, under det fæces ständigt afgingo genom fisteln, och d. 9 jan. afled hon på aftonen.

10. Gossen Albin Grönvall, 1½ år, från Allerum, inkom d. 6 okt. 1890 för ett gåsäggstort ingvinalbråck, som iakttagits sedan 5 månader. Bråcket var svårt att reponera, hvarför under första dagarna en sandpåse pålades. Opererades d. 8 okt.

Vid operationen visade sig omentet fastvuxet vid bråcksäcken och öfversålladt med talrika, tuberkulösa knottror. Bråcksäckens insida var äfven fullsatt med dylika. Den framfallna delen af omentet lossades och afskars nedanför en om det samma lagd ligatur. Å säcken lades Czerny's suturer. Förband utan dränage. Pat. utskrefs läkt d. 17 okt.

Efter nio månader såg jag honom åter frisk och blomstrande. Frisk i febr. 1896.

11. Pigan Bothilda B., 25 år, från B., inkom d. 24 jan. 1891. I hennes släkt tyckes ej finnas tuberkulösa anlag, och själf har hon ej lidit af skrofler. Vid 19 års ålder fick hon bleksot, som var rätt svår under ett par år. Hon var sedan frisk till okt. 1890, då hon fick svår värk i skulder-, hand- och fingerleder, hvilken värk delvis ännu kvarstår. Vid jultiden började hon besväras af värk i magen, särdeles efter måltiderna, hvarjämte afföringen blef trög. Buken började nu svälla och har småningom nått sin nuvarande storlek. Vissa tider har den varit öm, stundom icke, men städse mycket hård och spänd.

Vid inkomsten iakttogs följande: Från lungor och hjärta intet att anmärka. Buken uppdrifven, mäter i nafvelplanet 94 cm. Perkussionstonen är öfver främre och öfre partierna tympanitisk, i sidoregionerna och nedtill däremot dämpad eller matt. Perkussionstonen ändras vid olika lägen, och vid bimanuel palpation märkes tydligt vågslag. Inga förhårdnader eller strängar kunna kännas genom bukbetäckningarna, och för tillfället är ömheten för tryck ganska ringa. Temp. är normal. Urinen fri från albumin.

Då andra sjukdomar syntes kunna uteslutas, ansågs sannolikt, att en peritoneal-tuberkulos förelåg, och beslöts göra profincision. Denna utfördes d. 26 med ett litet snitt i linea alba nedom nafveln. Då man inträngt i peritonealhålan, befans såväl det parietala som det viscerala bladet af bukhinnan öfveralt fullsatta med små, grågula knottror. Äfven ovarierna kändes knottriga och ojämna med hårdare partier här och hvar. Inga adherenser eller svålar. Ascites uttömdes, hvarefter bukhålan sköljdes med ljum borsyrelösning, som slutligen noga aflägsnades med gasbollar. Etagesuturer å buksåret med katgut och slutligen hudsuturer med silke. Förband af steril gas närmast och dessutom dynor af sublimatträmassevadd.

Temperaturen på aftonen 40,8. Följande morgon 38 och på aftonen 38,9. Den sjönk sedan småningom, så att morgontemperaturen under första veckan varierade mellan 36,5 och 37,5 samt aftontemperaturen mellan 37,5 och 38,5.

Efter tio dygn omlades förbandet, och det visade sig då, att hud- och fasciesuturerna skurit igenom, men att muskel- och peritonealsuturerna höllo. Såret såg slapt ut och hade sedan ringa tendens till läkning.

D. 19 febr. började med injektioner af tuberkulin. Febern härefter steg första aftonen till 39,5. Hon fick sedan insprutningar på 1 cgm en gång i veckan; i alt 5 injektioner.

Att börja med antog såret härunder ett friskare utseende, men sedan syntes insprutningarna utan verkan. Hennes allmänna tillstånd var under de närmaste månaderna tämligen skralt. Hon led ömsom af diarré, ömsom och vanligast af förstoppning. Efter någon tid samlade sig ascites å nyo och sipprade länge ut genom hudsåret, hvilket först fram i juli läktes, så att hon d. 27 i nämnda månad kunde utskrifvas. Hon var då feberfri; men ascites fans ännu, ehuru i mindre mängd. Allmänna tillståndet var godt. — Enligt i mars 1892 ingångna underrättelser har förbättringen fortgått och patienten ingått äktenskap. Frisk i febr. 1896.

12. Gossen P. B. N., 5 år, från Helsingborg, intogs d. 19 febr. 1892. Inom släkten finnas tuberkulösa anlag. Han fick i okt. 1890 svår kikhosta, måste hela vintern vistas inne och var först på våren 1891 fullt återstäld.

I maj månad sjuknade han å nyo med häftig feber, som vanligen var högst på middagen, omkr. 40° och vid ett par tillfällen till och med 41°. Han klagade öfver någon värk i nacken men hade eljes inga subjektiva symptom. Matlusten var ganska god, och han satt vanligen och lekte i sängen. Han svettades mycket under sömnen och afmagrade högst betydligt. Under dessa symptom förflöto fyra veckor.

På femte veckan iakttogs utvidgning af pupillerna och vid ett par tillfällen ryckningar i ena armen. Härjämte förekommo hvassa skrik under sömnen och betydlig oro på nätterna. Isblåsa lades å hufvudet, och efter en vecka gingo dessa symptom tillbaka, hvarjämte febern småningom upphörde.

Konvalescensen var mycket långsam och först i september var han å nyo till utseendet fullt frisk.

D. 17 jan. 1892 märktes, att buken tilltagit i omfång, och han klagade öfver smärtor i den samma. Vid undersökning iakttogs dilaterade hudvener, fri ascites och feber, som på morgnarna höll sig kring 38° och om aftnarna uppgick till 39 eller någon tiondel däröfver eller därunder. För öfrigt intet abnormt. Han svettades mycket under sömnen, afmagrade betydligt och hade särdeles om aftnarna plågor i buken. Matlusten var emellertid god.

Omslag lades om magen, och invärtes gafs guajacol.

På detta sätt fortgick det till medlet af februari, då den ytterliga afmagringen, kraftnedsättningen och den fortfarande febern tydligt visade, att en letal utgång svårligen kunde undvikas, om intet gjordes. Han fördes därför till lasarettet, där d. 20 i nämnda månad laparotomi gjordes.

Vid incisionen af bukväggen visade sig peritoneum så enormt förtjockadt, att man var villrådig om, hvad som egentligen förelåg. Dissektionen gjordes därför med varsamhet, och sedan buken öppnats, mättes bukhinnans genomskärning och uppgick till nära 2 cm. Den var till hela sin tjocklek alldeles genomsprängd med tuberkler. Fri ascites fans i måttlig mängd, och tarmarna voro sammanlödda till ett kylse. Deras serosa var öfversållad med tätt sittande tuberkler. Ascites aflägsnades, och buken hopsyddes på vanligt sätt.

På aftonen efter operationen var febern som vanligt, pulsen liten och ytterst hastig, 170 slag. Svåra plågor i buken. Fick morfin. På natten var han särdeles klen men blef bättre efter stimulantia.

D. 21 var allmänna tillståndet bättre med en temperatur af 38° på morgonen och 39° på aftonen.

D. 22 var han på morgonen särdeles kry med nästan normal temperatur. På förmiddagen blef han dåsig och svarade knappast på tilltal. Pupillerna voro då mycket kontraherade. På eftermiddagen instälde sig våldsamma kräkningar åtföljda af konvulsioner, som upprepades ett par gånger. På aftonen var han å nyo bättre och vid full sans. Pupillerna voro då ytterligt sammandragna. På natten återkommo konvulsionerna efter en orolig sömn och voro nu åtföljda af våldsamma, hvassa skrik. Detta upprepades flere gånger till kl. 4 på morgonen, från hvilken timme medvetandet var alldeles försvunnet. Konvulsioner och skrik fortforo hela följande dagen, d. 23, till kl. 11 på aftonen, då han afled.

Vid obduktionen d. 25 visade sig buksåret läkt per primam. Peritoneum som vid operationen. I högra lungan en gammal, mindre, ostig härd. Från inre organ eljes intet anmärkningsvärdt. Hufvudskålen öppnades ej.

18. Hustru Johanna Persson, 31 år, från Höganäs, inkom d. 29 sept. 1893. Hennes hälsa har i allmänhet varit god, och inga sjukdomsanlag finnas i släkten. För två år sedan födde hon ett ofullgånget foster, som lefde 5 dagar, samt har för öfrigt ej haft några barn. Menstruationen har alltid varit regelbunden. På sista tiden hafva dock blödningarna varit något ymniga. För sex månader sedan började hon märka svullnad af buken, hvilken då lär varit mera spänd än vid intagningen å lasarettet.

Vid hitkomsten var allmänna tillståndet ganska godt men matlusten dålig. Buken betydligt utspänd, dock ganska mjuk. Tydlig fluktuation med anslag från sida till sida. Perkussionstonen å framsidan matt, i sidoregionerna dämpadt tympanitisk. Å öfre delen af buken fullare tympanitisk. Någon ändring i dessa perkussionsförhållanden uppstår ej vid olika lägen. Omkretsen i nafvelplanet 1 meter. Inga fosterljud. Benen obetydligt ödematöst ansvälda. Från inre organ intet att anmärka. Ingen albumin i urinen.

Vid undersökning per vaginam kändes portio vaginalis uteri något uppluckrad. Uterus hade normal storlek och rörlighet samt hade ej ändrat läge. Passiva rörelser af buken uppåt och åt sidorna inverkade ej på uterus.

Diagnosen stäldes efter en tids observation med sannolikhet på peritonealtuberkulos, och d. 20 okt. gjordes laparotomi med medelstort snitt nedom nafveln. Massor af ascitesvätska uttömdes, och peritoneum visade sig öfveralt fullsatt af miliära tuberkler. En fingertjock sträng sammanhängde framtill med bukväggen nära vertex af urinblåsan och baktill med tunntarmen. Den underbands dubbelt, hvarefter ett 3 cm. långt stycke af den samma bortkliptes. Den var solid och tämligen fast, möjligen en återstod af ductus vitello-intestinalis.

Läkningen gick normalt, och d. 20 nov. utskrefs hon mycket förbättrad och utan spår af ascites. Hon har senare under 1894 plågats af en del gastriska, halft hysteriska symptom; men buken var fortfarande lika liten och ärret ännu i februari månad 1896 fullt fast och vackert.

14. Jungfru Augusta Persson, 40 år, från Helsingborg, intogs d. 24 jan. 1894. Hon hade för åtta år sedan haft blodkräkning och tidtals besvärats af hosta. En månad före inkomsten sjuknade hon med spänningar i buken, hvilken sedan började svälla och under de sista fjorton dagarna betydligt tilltagit i omfång. Samtidigt inkttog hon en ansenlig minskning i urinmängden, hvarjämte krafter och hull hastigt aftogo.

Efter inkomsten mätte buken i nafvelplanet 88 cm. och från processus ensiformis till symfysen 32 cm. Perkussionstonen öfver främre delen af buken dämpadt tympanitisk. Vid rygghläge var den i sidoregionerna dämpad men vid sidoläge tympanitisk å den uppåt vettande sidan. Tydlig vågrörelse vid anslag.

Från de inre organen intet att anmärka. Per vaginam kännes en liten polyp å portio vaginalis. Uterus af normal storlek, anteflekterad. Bakom uterus några hårda knölar. Endast ringa temperaturstegring. Högsta aftontemperaturen före operationen 37,8.

D. 30 jan. gjordes laparotomi, hvarvid 10 liter ljusgul, klar vätska uttömdes. Hela peritoneum var tätt besatt med talrika, mindre och större tuberkelknottror. I lilla bäckenet funnos kring båda tuborna och bakom uterus större tuberkelknölar, som här och hvar voro ostvandlade. Tarmarna på flere ställen adherenta till hvarandra. Efter operationen var hon mycket matt med tämligen klen och hastig puls. Temperaturen på aftonen 37,9. Kamferinjektion.

D. 31 var temperaturen 38,7 morgon och afton. Kräkningar en och annan gång. Någon afgång af flatus.

D. 1 febr. steg temperaturen till 39,9 morgon och afton. Allmänna tillståndet oaktadt stimulerande lavemang m. m. tydligt sjunkande. Obetydlig afgång af flatus. Ett par kräkningar.

D. 2. Tillståndet tämligen oförändradt i det hela. Temperaturen 39,7—39,6. Oaktadt lavemang ingen väderafgång. Buken uppdrifven.

D. 3 steg temperaturen till 40,2 på morgonen och kl. 11.5 f.m. kollaberade hon hon och afled.

Vid obduktionen d. 5 iakttogs, utom hvad som vid operationen omnämnts, en ileus, uppkommen genom en tvär böjning af tunntarmen.

Dessutom funnos ett par ulcera ventriculi samt gamla plevritiska svålar i högra pleuran. Inre organ i öfrigt friska.

15. Sjömannen N. P. Persson, 53 år, från Helsingborg, inkom d. 1 okt. 1894. Sedan 1½ år hade pat. lidit af plågor i buken men aldrig haft kräkningar eller sura uppstötningar, än mindre blodkräkning. Matlusten hade varit dålig med smärtor i buken strax efter måltiderna. Sömnen var dålig, och han hade magrat betydligt.

Han var öm å öfre delen af buken. Magsaften gaf efter profmåltid fri klorvätesyra, löpe och pepsin. Ingen albumin i urinen.

Hvarjehanda invärtes medel försöktes efter hvarandra utan framgång.

D. 23. Sedan några dagar ascites i buken. Omfång kring nafveln 94 cm.

D. 24. Magsaften håller ej klorvätesyra (Congo-papper) men löpe (pepsin?).

D. 26. Svullnad i benen. Kräkningar. Ej feber.

D. 4 nov. iakttogs nedom vänstra refbensranden en rätt stor resistens, å hvilken kändes ett krasande som af en snöboll, som kramas. Ingen ömhet.

D. 5 mätte buken 84,5 cm.; ascites således minskad. Ödemet i benen borta. Ingen albumin i urinen.

D. 6 gjordes laparotomi med incision från processus ensiformis i medellinien, sträckande sig till vänster och något nedom nafveln. Peritoneum var förtjockadt. I bukhålan träffades gult, serofibrinöst exsudat i måttlig mängd. Alla bukens organ voro genom fasta adherenser intimt förenade med hvarandra. Öfveralt å tarmen, lefver, mjälte och peritoneum parietale talrika, tätt sittande tuberkelknottror.

Vätskan uttömdes, och en del tämligen löst sittande peritonitiska slamsor aflägsnades, hvarefter buksåret hopsyddes.

D. 7. Hicka under natten. Ej feber.

D. 8. Lavemang åtföljdt af väderafgång. Ett par kräkningar.

D. 14. Fortfarande kräkningar. Ingen feber. Närande lavemang.

D. 15. Upphostning af gulaktiga sputa. Fortfarande ingen feber.

D. 16 var såret fullständigt läkt.

D. 21 började fekala kräkningar, som fortforo de följande dagarna ända till slutet. Att å nyo öppna buksåret för att uppsöka hindret i tarmkanalen ansågs lönlöst i anseende till de utbredda sammanväxningarna.

D. 30 nov. afled patienten kl. 9.15 f.m.

Obduktionen d. 1 dec. visade peritoneum viscerale i stor utsträckning fastväxt vid det förtjockade peritoneum parietale. Tarmarna, till färgen gråsvarta, voro så intimt adherenta till hvarandra, att de bildade ett enda kylse, som var alldeles omöjiigt att reda ut.

Ur högra lungsäcken upphemtades något mera än en liter klart, halmgult exsudat. Öfveralt å pleura parietale och viscerale färska, grå knottror, som voro talrikast å nedre delarna. Processen å pleuran gjorde intryck af att vara fortledd från peritoneum. Hypostas i nedre lungloberna. Inre organ eljes normala.

16. Flickan Hilda Engholm, 8 år, från Nybo, inkom d. 31 maj 1895. Vid tre års ålder hade hon kikhosta, och från denna tid daterar sig hennes sjukdom. Före inkomsten hade hon under längre tid haft lös afföring och aftynat mer och mer.

Hon företedde nu ett mycket kakektiskt utseende med smutsigt grågul ansigtsfärg. Hull och muskulatur voro mycket reducerade. Matlusten dålig. Tämligen betydlig hosta utan expektoration.

Pulsen var 120, svag och något intermittent. Hjärttonerna öfveralt suddiga. Bruits de diable öfver halskärlen.

Lungorna synas baktill tydligt uppskjutna, särskildt den högra. Perkussionstonen flerstädes något dämpad särdeles öfver högra lungspetsen å baksidan samt öfver den vänstra å framsidan. Öfveralt öfver de nedre partierna torra gnidningsljud. I lungspetsarna ,ronchi och torra rassel.

Buken är betydligt uppdrifven med utvidgade hudvener. Tydlig vågrörelse vid anslag. Perkussionstonen i sidoregionerna dämpad men vid sidoläge klar å den uppåtvända sidan. Omkretsen i nafvelplanet 65,5 cm. Största omkretsen mellan processus ensiformis och nafveln 69 cm. Från processus ensiformis till symfysen 28,5 cm. Ingen albumin i urinen.

Temperaturen d. 1 juni: 36,8—37,3. D. 2: 37—38. D. 3: 37—37,5. D. 4: 36,8—37,8.

D. 5 gjordes laparotomi, hvarvid uttömdes en ansenlig mängd klart, färglöst exsudat med en del fibrinflockor. Peritoneum viscerale och mesenteriet tätt besatta med ända till mandelstora, grågula, något upphöjda plattor. Inga miliära knottror. Ingen injektion.

Läkningen förlöpte normalt utan temperaturstegring. D. 23 var temperaturen 36,4—37,9. Sedan normal till d. 2 juli, då den var 36,9—37,6. D. 16 var den 36,5—37,5 och d. 17 37—38. Sedan normal.

D. 18 juli voro de ofvan nämnda måtten 57,5, 67 och 33 cm.

D. 27 juli mätte buken respektive 61,5, 63,5 och 31,5 cm. Då symptomen af ny ansamling af ascites voro alldeles påtagliga och någon spontan återgång ej syntes vilja inträffa, beslöts att förnya buksnittet.

D. 29 gjordes altså för andra gången laparotomi med, som det syntes, tämligen godt resultat. Läkningen utan anmärkning.

D. 15 augusti. Allmänna tillståndet i det hela sedan inkomsten förbättradt, afföringen normal och utseendet vida friskare. Hullet dock fortfarande skralt, fastän matlusten ökats.

Hon kvarlåg till d. 26 aug., då hon på föräldrarnas begäran utskrefs förbättrad. Buken mätte då 58, 64 och 29,5 cm. och var således något mindre än efter första laparotomien. Kroppsvikten var d. 19 juni 16,800 gm, d. 11 juli 17,700, d. 28, altså dagen före den andra laparotomien, 17,600 och d. 26 aug. 16,900.

Genom mikroskopisk undersökning af ett vid den andra laparotomien uttaget stycke af peritoneum är diagnosen konstaterad.

Enligt meddelande i febr. 1896 hade ärret något buktat ut. Allmänna hälsotillståndet var rätt bra. Matlust och afföring normala.

17. Flickan Lilly Nilsson, 12 år, i Helsingborg, var utan tuberkulösa anlag, hade städse åtnjutit en god hälsa till d. 13 mars 1895, då hon insjuknade i knölros och var sängliggande i tre veckor. Sedan dess var hon ej frisk men gick dock uppe. Efter medlet af maj blef hon mer och mer klen, afmagrade samt måste d. 10 juni å nyo intaga sängen.

Hon företedde i början inga andra symptom än bristande matlust, mattighet och feber. Temperaturen var första dagen på aftonen 39°.

D. 11 var temp. 38,6—39,4. Följande dag 38,4—38. Sedan höll den sig kring 38 om morgnarna och 38,5 till 39 om aftnarna.

D. 20 var temp. på aftonen endast 38° och började sedan småningom, ehuru med afbrott, sjunka, så att den från och med d. 1 juli åter var normal. Upprepade prof på albumin i urinen gåfvo negatift resultat.

Att börja med var det mycket svårt att ställa någon positiv diagnos, och det hela syntes mig mest tala för en tyfoidfeber. Emellertid började buken småningom svälla, och symptomen af ascites blefvo redan innan första veckans slut alldeles tydliga, så att jag på uteslutningens väg ansåg mig d. 16 kunna ställa diagnosen på peritonealtuberkulos.

Under användning af våtvärmande omslag om magen och kinalösning invärtes sjönk febern, som ofvan är nämndt, och de första dagarna af juli kunde hon börja vara uppe, ehuru ej obetydlig ascites fortfarande kvarstod.

D. 8 juli började hon intaga diuretin 5 : 150 i dos af en matsked 3 gånger dagligen. Hon vistades härunder på landet och förbättrades altmer. D. 9 augusti var hennes allmänna tillstånd betydligt förbättradt. D. 30 aug. kunde ingen ascites vidare påvisas. Hull och krafter voro numera nästan normala.

I febr. 1896 var hon fortfarande fullt frisk.

18. Pigan Johanna Landgren, 31 år, Helsingborg, inkom d. 11 aug. 1895. Hon hade i sin barndom haft skrofler, och hörseln var sedan denna tid betydligt nedsatt. I öfrigt hade hälsan varit god. Menstruationen, alltid regelbunden, hade hon senast tre dagar före inkomsten, då den var något rikligare än vanligt.

Fjorton dagar före inträdet å lasarettet sjuknade hon utan känd orsak med hufvudvärk, små frossbrytningar samt ömhet i buken, hvilken samtidigt började svälla. Hon hade förut ej märkt någon ansvällning af den samma. Sedan dess har den altmer tilltagit i omfång. Tillståndet för öfrigt har hållit sig oförändradt med undantag däraf, att ömheten något minskats. Afföringen har hela tiden varit trög. Hon har under sin sjukdom betydligt afmagrat.

Vid fysikalisk undersökning visade sig lunggränserna något uppskjutna. Respirationsljudet normalt. Pulsen 120. Hjärttonerna rena.

Lefvern synes ej vara förstorad. Öfver buken en dämpning som går bågformigt med bågens öppning uppåt. Dess öfversta gräns ligger ett par cm. nedom nafveln. Dämpningen i sidoregionerna tämligen oförändrad vid olika läge. Tydlig vågrörelse vid anslag.

Urinen visar spår af albumin.

Diagnosen stäldes på sannolik peritonealtuberkulos.

Kroppstemperaturen d. 11 på aftonen: 38,8, d. 12: 39,5—39, d. 13: 39—39,1 och d. 14: 38,3—39,1.

D. 15 gjordes laparotomi, hvarvid uttömdes en betydlig mängd klart, ljusgult exsudat med stora fibrinflockor. Vätskan tycktes ligga i större och mindre ofullständigt afkapslade rum i buken. Oment och tarmar voro nämligen här och där adherenta till hvarandra och till peritoneum parietale. Såväl detta senare som peritoneum viscerale voro starkt injicierade och tätt besatta med miliära och större knottror, af hvilka somliga voro rodnade, andra i toppen ostigt degenererade. Efter fullständig uttömning af exsudatet, till slut genom uppsugning medelst steril gas, slöts bukssåret som vanligt. Temperaturen var denna dag 38,5—39,4.

D. 16 var temperaturen 38,2—38,6 och höll sig sedan på morgnarna kring 38,5 eller till och med några gånger 39 och en gång, d. 24 39,5. Aftontemperaturen var omkring 39,5 med maximum, som inträffade d. 25, 39,7. Från d. 1 sept. började temperaturen visa tydliga morgonremissioner och nedgick under förra hälften af månaden nästan till den normala, så att den från d. 19 sept. aldrig öfversteg 37,5.

Såret läktes att börja med normalt, men visade något senare kring flera af stickkanalerna ansvällning med förhårdnad på djupet. Tvänne af dessa förhårdnader blefvo ömmande. Under tiden uppstod i ärret efter buksnittet en fistel, som under en veckas tid afsöndrade ostigt var. Härunder försvunno ömheten och hårdnaderna kring stickkanalerna. I början af sept. gafs under en tid invärtes diuretin.

D. 20 sept. uppträdde en tromb i vänstra vena femoralis utan alla inflammationssymptom.

Emellertid förbättrades hennes allmänna tillstånd altmer. Från d. 1 okt. var hon fullt feberfri, och endast en gång, d. 12 om aftonen, uppnådde temperaturen 37,5. D. 21 okt. utskrefs hon läkt och till utseendet frisk.

I slutet af februari 1896 var hon fortfarande fullt frisk.

Sedan förestående afhandling redan var inlemnad hafva ytterligare tvänne fall af peritonealtuberkulos behandlats med laparotomi, nämligen det förut under n:r 16 beskrifna, som fått en ventralhernia af betydlig storlek, samt ett nytt.

19. Flickan Hilda Engholm, 9 år, från Nybo, inkom d. 25 maj 1896. Efter d. 5 juni och 29 juli 1895 utförda laparotomien har patientens allmänna tillstånd betydligt förbättrats; men i ärret hade uppstått ett bråck, som hotade med total eventration.

D. 29 maj gjordes därför för tredje gången laparotomi med excision af ärret.

På peritoneum ej särdeles talrika, intill knappnålshufvudstora knottror men inga stora plaques såsom de förra gångerna. Föga flytande exsudat. Utskrefs läkt och förbättrad d. 7 juli.

Här var peritoniten således tydligen stadd i läkning, hvilket erbjuder så mycket srörre intresse som diagnosen vid förra tillfället af fullt kompetent person konstaterats medelst mikroskopisk undersökning.

20. Flickan Fanny Friberg, 24 år, från Rya, inkom d. 2 sept. 1896. Föräldrarna friska. Själf har pat. känt sig klen sedan flere år och haft svårt för att andas. Upprepade gånger har hon haft häftigt håll i vänster sida och har hostat betydligt. Något expektorat har emellertid ej förekommit förrän i våras, då det ett par gånger var obetydligt blodblandadt. Samtidigt började hon svettas om nätterna, och var det henne omöjligt att för smärtor ligga på vänstra sidan. Ungefär vid samma tid, april 1896, började buken att svullna, intensiva kräkningar instälde sig, afföringen blef mycket trög, och pat., som förut vistats uppe, måste intaga sängen. Efter ungefär 6 veckor upphörde emellertid kräkningarna, och hon började känna sig något bättre. Egentliga smärtor i buken har hon aldrig haft, lika litet som ömhet. Menses hafva ej instält sig sedan april månad.

Vid inkomsten d. $^{2}/_{9}$ förefaller patienten tämligen nedkommen, ansiktfärgen blek, hullet mycket reduceradt. Hela vänstra sidan af thorax betydligt insjunken, perkussionstonen öfver alt men särskildt öfver basen mattare än å höger sida, dock ingenstädes absolut matt. Respirationsljudet obestämdt, öfver basen nästan ohörbart, pektoralfremitus och röstresonnans tydligt nedsatta. Vid profpunktion förefaller bröstväggen betydligt förtjockad, och ett ytterst obetydligt, något blodtingeradt exsudat erhålles. Å högra lungspetsen förlängdt exspirium. i öfrigt normala fysikaliska fenomen. Hjärtat ej dislokeradt, tonerna rena. Buken betydligt uppdrifven, mäter i nafvelplanet 75 cm. I den samma från refbensranden till ett par tum nedom nafveln en tydlig, tumörliknande resitens med skarp begränsning nedåt och åt vänster, i öfrigt mera diffus. Tumören tämligen rörlig, fattlig mellan båda händerna, gör intrycket af en platt kaka, ytan glatt, något ojämn. Perkussionstonen dämpadt tympanitisk, inga strängformiga förtjockningar, intet flytande exsudat. Uterus och adnexer utan anmärkning, ingen ansvällning af palbabla lymfkörtlar.

D. 7 sept. gjordes laparotomi, med snitt ofvan och till vänster om nafveln. Härvid visade sig bukväggen mycket kärlrik och peritoneum betydligt förtjockadt. Sedan bukhinnan försiktigt genomskurits, iakttogs en fullständig sammanlöduing af tarmar och oment medels fasta adherenser dels sinsemellan, dels till främre bukväggen, detta senare särdeles till vänster och nedåt. Man inkom altså i den afkapslade öfre delen af peritonealhålans högra sida. Bukhinnan var öfveralt såväl å det parietala som viscerala bladet fullsatt med mestadels miliära knottror. Nästan intet flytande exsudat, ej mer än ett par dukar kunde uppsuga.

Bukhålan slöts med djupa suturer af fil de Florence och ytliga af silke.

Under första dygnet påkommo fyra gånger symptom af hotande hjärtparalysi, men i öfrigt var läkningens förlopp normalt. Temperaturen öfversteg aldrig 38°.

Småningom tilltogo krafter och matlust, hvarjämte utseendet blef betydligt friskare. Härunder försvunno altmer symptomen från lungsäcken.

D. 24 sept. var såret fullt läkt och patienten synnerligen kry men kvarlåg ännu i sängen med de djupa suturerna kvarsittande. Jag brukar nämligen låta dessa sitta kvar och hålla patienten liggande under tre veckor för att därigenom söka få fastare, mera oeftergifliga ärr.

Tumören i buken var ännu fullt känbar, men gränserna voro mera diffusa, och buken mätte 73 cm. i omkrets mot 75 före operationen.

Literaturförteckning.

1. STEINBRÜCH, HEINRICH: Ueber idiopatische chronische Peritonitis. Inaug. Diss. Tübingen 1876.
2. ZIEHL, FRANZ: Ueber Bildung von Darmfisteln an der vorderen Bauchwand infolge von Peritonitis tuberculosa. Dissert. Heidelberg 1881.
3. KOCH, R.: Die Ätiologie der Tuberculose. Mittheilungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamte. Berlin 1884, s. 1—88.
4. CORNIL et RANVIER: Manuel d'histologie pathologique. Paris 1884.
5. KÖNIG, F.: Ueber diffuse peritoneale Tuberculose und die durch solche hervorgerufenen Scheingeschwülste im Bauch nebst Bemerkungen zur Prognose und Behandlung dieser Krankheit. Centralbl. f. Chir., 1884, s. 81.
6. SPENCER WELLS: Diagnosis and surgical treatment of abdominal tumours. London 1885.
7. NAUMANN, G.: Fall af tuberculosis peritonæi, behandlade med laparotomi. Hygiea 1885, s. 604.
8. GRAWITZ: Statistische und experimentelle Beiträge zur Kentniss der Peritonitis. Charité-Annalen 1886.
9. VIERORDT, OSW.: Ueber die Tuberkulose der serösen Häute. Zeitschrift für klin. Med., bd XIII, h. 2. Berlin 1887.
10. PRIBRAM, A.: Ueber Therapie der Bauchfelltuberculose mit besonderer Berüchsichtigung der Laparotomie. Prager med. Wochenschrift 1887, n:r 35.
11. HEINTZE, CARL: Ueber die Tuberculose des Bauchfells. Inaug. Diss. Breslau 1888.
12. KÜMMEL, H.: Ueber Laparotomie bei Bauchfelltuberculose. Archiv f. klin. Chir., bd XXXVII, s. 39. Berlin 1888.
13. SCHMALMACK, J.: Die pathologische Anatomie der tuberculösen Peritonitis. Inaug. Diss. Kiel 1889.
14. HÄNE, A.: Ueber Peritonäaltuberculose. Inaug. Diss. Rorschach 1889.
15. LINDFORS, O.: Om tuberculosis peritonæi. Lund 1889.
16. SPÆTH, F.: Zur chirurgischen Behandlung der Bauchfelltuberkulose. Deutsche med. Wochenschrift 1889, n:r 20.

17. CECCHERELLI: La cura chirurgica nella tuberculosis del peritoneo. Bericht über die 6 Versamlung des italienischen chirurgischen Gesellschaft. Bologna 1889. Centralblatt f. Chir. 1889, s. 698.

18. STERN, RICH.: Durch welche Mittel kann man das Entstehen von pseudomembranösen Verwachsungen bei intraperitonäalen Wunden verhindern. Beiträge zur klin. Chir., bd IV, s. 653. Tübingen 1889.

19. CARJI, LUIGI: Contributo alla pratica del drenaggio permanente della cavità peritoneale in casi di peritonite cronica idiopatica. Riforma med. 1890. Octobre 30, 31.

20. OSLER: Tuberculos peritonitis. John Hopkins Hospital. Reports 1890. Baltimore.

21. BOLLINGER, O.: Ueber Tuberculose. Verhandlungen des X. Int. med. Congresses, bd II, afd. III, s. 151.

22. PHILIPPS, A.: Die Resultate der operativen Behandlung der Bauchfelltuberkulose. Göttingen 1890.

23. VIERORDT, OSWALD: Ueber die Peritonealtuberculose, besonders über die Frage ihrer Behandlung. Deutsche Archiv f. klin. Med., bd 46, h. 3 o. 4, s. 369.

24. CZERNY, V.: Ueber die chirurgische Behandlung intraperitonealer Tuberkulose. Beitr. zur klin. Chir., bd VI, h. 1, s. 73.

25. KÖNIG, F.: Die peritoneale Tuberkulose und ihre Heilung durch den Bauchschnitt. Verhandl. des X. Int. med. Congresses, bd III, afd. VII, s. 31.

26. MÜNSTERMANN, L.: Ueber Bauchfelltuberkulose. Inaug. Diss. München 1890.

27. PIC, A.: De l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses generalisées et localisées. Paris 1890.

28. UNGER, L.: Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Wien 1890.

29. TSCHERNING, E. A.: Betragtninger over Peritonealtuberkulosens Patologi, Prognose og Terapi i de senere Tider. Köbenhavn 1890.

30. TERILLON: Péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris, T. XVI, s. 469. Centralbl. f. Chir. 1891, s. 362.

31. SCHMITZ, A.: Zur Kasuistik der durch den Bauchschnitt ausgeheilten Peritonealtuberkulose. St. Petersburger med. Wochenschrift 1891, n:r 1. Centralbl. f. Chir. 1891, s. 426.

32. EDEBOHLS, G. M.: Tubal and peritoneal tuberculosis. Gynecological transactions 1891, vol. XVI.

33. LEJARS: L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. Gazette des hospitaux le 5 Dec. 1891, s. 1305.

34. HELMRICH VOLKMAR: Die therapeutischen Wandlungen in der Behandlung der Bauchfelltuberculose. Basel 1892.

35. LINDNER, H.: Über operative Behandlung der Bauchfelltuberkulose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1892, bd XXXIV, s. 448.

36. BRUNS, P.: Tuberculosis herniosa. Beitr. zur klin. Chir. 1892, bd IX, S. 209.

37. SACHS, H.: Ein Beitrag zur Exstirpation des Blinddarms wegen Tuberculose. Archiv f. klin. Chir. 1892, bd XLIII, h. 2.

38. ALDIBERT, A.: De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Thèse de Paris 1892.

39. BORSCHKE, M.: Pathogenese der Peritonitis tuberculosa. Virchows Archiv, bd 127, s. 121. Berlin 1892.

40. HENOCH, E.: Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin 1893.

41. BIER, A.: Behandlung chirurgischer Tuberkulose der Gliedmaassen mit Stauungshyperämie. Festschrift für Esmarch 1893, s. 55.

42. CONITZER, L.: Zur operativen Behandlung der Bauchfelltuberkulose im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr. 1893, n:r 29.

43. WALTHARD: Zur Ätiologie peritonealer Adhäsionen nach Laparotomie und deren Verhütung. Korrespondenzblatt f. schweitzer Ärzte 1893, n:r 15.

44. ROERSCH, CH.: Du traitement de la péritonite tuberculeuse. Revue de Chirurgie, 10 Juillet 1893, s. 529.

45. BELFRAGE, K.: Tre fall af peritonealtuberkulos, hvaraf ett kombineradt med tuberkulos i bråcksäck. Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1893, häft. 1, s. 1.

46. LEGUEU, F. De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. La semaine médicale 1894, n:r 9, s. 65.

47. GATTI: Sul processo intimo di regressione della peritonite tuberculosa par la laparotomia semplice. Riforma med. 1894, n:r 53, 54. Centralbl. f. Chir. 1894, s. 578.

48. BERGSTRAND, A.: Tuberkulosen hos nötkreatur och dess bekämpande. Stockholm 1894.

49. WAHLSTRÖM, H.: Fall af läkt peritonealtuberkulos. Hygiea 1894, n:r 4, s. 333.

50. NANOTTI, A., BACJOCCHI, O.: Sugli effetti della laparotomia nelle peritoniti tubercolari. Pisa 1895.

51. CATRIN et RENDU: Traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphtol camphré. Soc. méd. des hopitaux. Séance du 3 mai 1895. Semaine médicale 1895, s. 212.

52. NETTER: Traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphtol camphré. Soc. méd. des hopitaux. Séance du 10 mai 1895. Semaine médicale 1895, s. 225.

53. JORDAN, M.: Ueber den Heilungsvorgang bei der Peritonitis tuberculosa nach Laparotomie. Beitr. zur klin. Chir., bd XIII, h. 3, s. 760. Tübingen 1895.

54. KOCHER, TH. und TAVEL, E.: Vorlesungen über chirurgische Infectionskrankheiten. Basel und Leipzig 1895.

55. D'URSO: Du processus de guérison de la péritonite tuberculeuse à la suite de la laparotomie. La dixième réunion de la societé italienne de chirurgiens. Ref. i la Semaine médicale 1895, s. 478.

56. RENDU: Traitement de la péritonite tuberculeuse. Soc. méd. des hopitaux. Séance du 20 décembre 1895. Semaine méd. 1895, s. 549.

57. PEGURIER, A.: Des lavements de naphtol camphré dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. Semaine méd. 1895, s. CCXLII.

58. SÖDERBAUM, P.: Två fall af akut tuberkulös peritonit, behandlade med laparotomi. Forhandlingerne ved Nord. kirurg. Forenings 2det Möde i Kristiania 1895, s. 44.

59. CLAVIER, LUCIEN: Péritonite tuberculeuse, diagnostic, modes de traitement, résultats éloignés. Thèse de Paris 1895.

60. BIESALSKI, KONRAD: Die Entstehungsweise der verschiedenen Formen von Peritonitis. Berlin 1895.

61. ISRAEL, J.: Erfarungen über operative Heilung der Bauchfelltuberkulose. Deutsche med. Wochenschrift 1896, n:r 1, s. 5.

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

Nordisk medicinsk literatur från 1896.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: OLOF HAMMARSTEN: Om parakaseinets förhållande till löpe. — OLOF HAMMARSTEN: Om de lösliga kalksalternas betydelse för blodets koagulation. — CHR. ULRICH: Om Tyrosin i Menneskets Urin samt et nyt Kendemärke på Tyrosin. — CARL TH. MÖRNER: Finnes anledning att frångå de i Sverige brukliga kvalitativa ägghviteprofven för urinundersökning? — CARL TH. MÖRNER: Meddelande om surströmming. — L. PAIJKULL: Om närvaro af pepton i urinen och de slutsatser, som den praktiske läkaren i diagnostiskt hänseende däraf kan draga.

OLOF HAMMARSTEN: **Om parakaseinets förhållande till löpe.** Upsala läkareförenings förh., ny följd, bd 1, s. 181.

Uti en af medic. fakulteten i Rostock prisbelönt afhandling af 1894 ger R. PETERS tillkänna, att han vid egna undersökningar bland annat funnit:

1) i mjölken finnes blott *en enda* ägghvitekropp;

2) en lösning af ost (parakasein) kan fås att *å nyo* löpna genom tillsats af löpensym.

Med stöd af minutiöst utförda, kontrollerande försök uppvisar nu HAMMARSTEN så väl *ohållbarheten* af PETERS' nämnda påståenden, som de närmaste *orsakerna* till deras uppkomst.

Beträffande mom. 2 yttrar förf.: »*En* egenskap är gemensam för parakasein af olika beredningar, nämligen den, *att det ej kan å nyo koagulera med löpe.* Denna egenskap torde ock därför fortfarande, såsom hittils, få anses såsom den väsentligaste olikheten mellan *kasein* och *parakasein.*»

C. Th. M—r.

OLOF HAMMARSTEN: **Om de lösliga kalksalternas betydelse för blodets koagulation.** Upsala läkareförenings förh., ny följd, bd 1, s. 243.

I detta på talrika egna försök grundade arbete vänder sig förf. mot den ganska allmänt utbredda (särskildt af ARTHUS företrädda) åsikten, att lösliga kalksalter skulle vara nödvändiga för fibrinbildningen, likasom att fibrinet vore att uppfatta som en förening mellan kalk och ägghvita. De väsentligaste resultat, till hvilka förf. kommit genom dessa undersökningar, sammanfattar han sålunda:

»Närvaro af lösliga, eller riktigare med oxalat fällbara, kalksalter är ej något nödvändigt vilkor för fibrinbildningen — — —. En lösning af fibrinsyra koagulerar med fibrinfermentet lika typiskt vid frånvaro af dylika kalksalter, som vid närvaro af sådana — — —; det finnes ännu ingen känd iakttagelse, som berättigar till det antagandet, att fibrinogenet upptager kalk, då det omsättes i fibrin.

C. Th. M—r.

CHR. ULRICH: **Om Tyrosin i Menneskets Urin samt et nyt Kendemärke på Tyrosin.** Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 11.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 16, S. 1.

CARL TH. MÖRNER: **Finnes anledning att frångå de i Sverige brukliga kvalitativa ägghviteprofven för urinundersökning?** Upsala läkareförenings förh., ny följd, bd 1, s. 297.

Vid jämförelse mellan en del i utlandet på senare tid föreslagna ägghvitereaktioner och de hos oss sedan länge allmänt brukade (Hellerska kokningsprofven) anser sig förf. böra tillerkänna de senare företräde ur praktisk synpunkt, och han varnar särskildt för användande af reagens med så in absurdum drifven känslighet, som fallet är med de Spieglerska och Jolleiska reagensen. I sammanhang härmed framhåller förf., att redan det Hellerska profvet vid 3 minuters observationstid är opraktiskt känsligt, och förordar ½ minuts observation eller en i *hvarje* fall företagen spädning af urinen med 1 till 2 vol. vatten, hvarigenom reaktionskänsligheten sänkes från omkr. 1 d. ägghvita på 30 tusen d. urin till 1 d. på 20 tusen — en reaktionskänslighet, som fullt ut motsvarar praktikerns fordringar.

C. Th. M—r.

CARL TH. MÖRNER: **Meddelande om surströmming.** Upsala läkarefören. förh., ny följd, bd 1, s. 365.

Efter kortfattade uppgifter öfver surströmmingens historik, användning och beredning meddelas resultatet af förf:s undersökning af detta födoämnes kemiska beskaffenhet. Den genomträngande lukten härrör i första rummet från *metylmerkaptan*. Förekomsten af ett stort antal typiska förruttnelseprodukter (bl. a. *flyktiga feta syror*, *ammoniak*, *ptomainer*) tillåter den slutsatsen, att strömmingen under dess beredning undergått en förruttnelseprocess, ehuruväl denna art af förruttnelse icke är identisk med den vanliga, vid lufttillträde försiggående förruttnelsen (fenol, indol och skatol likasom kadaverin och putrescin saknas nämligen i surströmming).

Intet har vid denna undersökning kommit i dagen, som tyder på, att surströmming skulle vara ett ur hälsosynpunkt skadligt eller olämpligt födoämne.

C. Th. M—r.

L. PAIJKULL: **Om närvaro af pepton i urinen och de slutsatser, som den praktiske läkaren i diagnostiskt hänseende däraf kan draga.** Upsala läkareförenings förh., bd 30, s. 389.

Utgör en redig sammanfattning af denna frågas utveckling inom literaturen.

C. Th. M—r.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi: C. WESSEL: Om Levkocyter. — SCHMIEGELOW: Bidrag til Patogenesen af den såkaldte sorte Tunge. — SCHMIEGELOW: Bidrag til Dövstumhedens patologiske Anatomi. — FRANÇIS HARBITZ: Om Appendiciteus patologiske Anatomi og Ätiologi. — C. G. ÅHMAN och I. JUNDELL: Om renodling af gonococcus Neisser. — LYDER NICOLAYSEN: Om Pnevmokokkens Lokalisationer udenfor Lungen.

C. WESSEL: **Om Levkocyter.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 257.

Forf. giver en Oversigt over vort nuvärende Kendskab til de forskellige Former af Levkocyter og omtaler närmere Metoden til Farvning af de for Cellerne karakteristiske Korn. Han har konstrueret en särlig Pincet til at fatte Däkglassene med.

S. Borch.

SCHMIEGELOW: **Bidrag til Patogenesen af den såkaldte sorte Tunge.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 351.

SCHMIEGELOW: **Bidrag til Dövstumhedens patologiske Anatomi.** Ugeskrift f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 560.

Refererede tidligere (Nord. med. Arkiv 1896, Nr 20, S. 3).

S. Borch.

FRANÇIS HARBITZ: **Om Appendicitens patologiske Anatomi og Ätiologi.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896.

Forf. har hentet sit Materiale dels fra de ved Rigshospitalets pat.-anat. Institut forefaldne Obduktioner af »perityphlitis» for de sidste 10 År, dels fra opererede Tilfälde af Appendicit, hvoraf han i alt råder over 23 Tilfälde.

Af de 30 obducerede Tilfälde af »perityphlitis» var coecum og colon ascend. efter al Sandsynlighed Udgangspunktet i ét Tilfälde; ellers udgik Processen altid fra appendix vermicularis.

Efter at have berört en Del pat.-anatomiske og histologiske Forhold ved proc. vermif. og specielt omtalt det hyppige Fund af Fäkalstene uden andre patologiske Forandringer, begynder Forf. at skildre Fundet ved de *kroniske recidiverende* Appendiciter, hvor proc. vermif. er fjärnet ved Operation. 17 sådanne Tilfälde beskrives närmere. Altid fandtes en Betändelsesproces — men i de forskelligste Grader, fra en svullen og injiceret Slimhinde til dybe ulcerative Processer med

Strikturer og Obliteration af lumen. Indholdet bestod 10 Gange af rent pus, ellers af lidt muco-purulent Vädske. Fäkalstene fandtes 49.

Appendiciten opfatter han som en primär Betändelse, udelukkende beroende på en Infektion, idet mekaniske Momenter vistnok kan väre prädisponerende Årsager, men ikke i og for sig er tilsträkkelige til at fremkalde en sådan Betändelse. — I Modsätning til disse kroniske, ofte recidiverende Former opstiller han en anden Klasse af *akute suppurative*, ofte med Gangrän og Perforation forbundne Appendiciter; ikke netop fordi der i pat.-anat. Forstand existerer en skarp Gränse, men fordi man rent klinisk synes at ville opretholde en sådan Skelnen, og fordi der i ätiologisk Henseende muligens kan väre en Forskel.

Til denne Gruppe regner Forf. de fleste obducerede Appendiciter og desuden 6 i det akute Stadium opererede Tilfälde; disse beskrives närmere. Karakteristisk var altid den hurtig indträdende Gangrän med Perforation, hyppig betinget af de store Fäkalstene, som ved sit Tryk mod den svulne og betändte Slimhinde let fremkaldte en Nekrose. — Specielt dröftes Spörgsmålet om, hvoraf den hyppig forekommende tumor i höjre Side af abdomen dannes. Det fremgår af de refererede Kasus, at Exsudatet her spiller en fremragende Rolle, enten en seropurulent til rent purulent Vädske eller organiserede Psevdomembraner; hertil kommer de talrige Sammenlodninger til andre Organer, specielt Oment, col. transv., Tyndtarmanser o. s. v. Svulsten af Tarmväggene og de ansamlede Exkrementmasser har også nogen Indflydelse.

Der foretoges i 14 Tilfälde en nöjere bakteriologisk Undersögelse af netop opererede Appendiciter; der toges Däkglaspräparater og anlagdes aërobe og anaërobe Kulturer; der påvistes hyppigst en Polyinfektion; kun to Gange fandtes i Renkultur resp. staphyloc. pyog. aur. og bacter. coli com. 3 Gange voxede kun bacter. coli com. i Kulturerne, uagtet der i Däkglaspräparaterne også påvistes talrige tynde Stave, der farvedes efter GRAMs Metode. I alle andre Tilfälde fandtes såvel i Kulturerne som i Däkglaspräparaterne en broget Mängde af Kokker (Mono-, Diplo- og Streptokokker) og Stave (tynde, lange »aktinomykoselignende» Tråde, »Koli»-lignende Stave, der farvedes efter GRAMs o. s. v.). Ved to kroniske Appendiciter kunde Bakterier overhovedet ikke påvises. En Forskel i Bakterieindholdet ved de akute suppurative og de kroniske recidiverende Appendiciter kunde ikke fastslåes.

C. G. ÅHMAN och I. JUNDELL: **Om renodling af gonococcus Neisser.** Hygiea 1896. Svenska läkaresällsk. förhandl., s. 53.

Författarne hafva pröfvat de olika i literaturen angifna metoderna för odling af NEISSERs gonokock. Med KRALs och TURROs metoder lyckades de icke erhålla odling af gonokocker. Vid användning af WERTHEIMs metod (människoblodserum eller ascites i stället därför + 2-%:ig agar) erhöllo de på 5 försök 2 positiva resultat. Bättre resultat erhöls med den FINGERska utstrykningsmetoden och användande af det KIEFERska näringssubstratet (2 % glycerin, 5 % pepton, 3½ % agar),

till hvilket blandades blodserum från placentor. Det näringssubstrat, som fans mest praktiskt och säkert, var en blandning af 1 del ascitesvätska (som genom noggran aseptik vid tappningen erhöls steril) och 2 delar KIEFERs agar. Detta göts i PETRIska skålar och inokulerades enligt FINGER med gonorroiskt sekret. Af 45 manliga gonorréer, de flesta akuta eller subakuta, lyckades förff. erhålla karakteristiska kulturer af gonokocker i 42 fall, däribland i ett fall af kronisk gonorré, där gonokocker ej kunde med mikroskopet påvisas. I ett af de 3 fallen, där odling af gonokocker ej lyckades, kunde ej häller med mikroskopet gonokocker påvisas. Dessutom pröfvades metoden i 3 fall af vulvovaginit och 1 fall af bartolinit hos barn samt i ett fall af blenorrhoea neonatorum, i alla dessa fall med positift resultat. — Senare gjordes ytterligare 6 odlingar från manliga gonorréer, från 2 vulvovaginiter och 1 bartolinit, alla positiva. 5 fall af prostatit undersöktes. (Utspolning af pars pendula, urinering, prostatamassage och slutligen urinering. De båda urinprofven centrifugerades och undersöktes hvart för sig med mikroskop och kultur.) I ett fall erhöls gonokockkultur från det sista urinprofvet, ehuru ej mikroskopiskt däri eller annorstädes gonokocker kunde påvisas. I ett fall påvisades gonokocker såväl vid den mikroskopiska som vid den bakteriologiska undersökningen. De öfriga 3 fallen gåfvo negatift resultat med båda undersökningsmetoderna. — För att påvisa att odlingarna verkligen innehöllo gonokocker, gjordes ett inokulationsförsök med en gonokockkultur, 3:e generationen, i urethra på en man som ej förut haft gonorré. En lindrig gonorré uppstod som efter en månad ännu ej var botad.[1]) Från denna gonorré erhöls sedan upprepade gånger karakteristiska kulturer.

Med de så vunna gonokockkulturerna hafva försök gjorts till odling på andra substrat. Intet resultat erhöls på gelatina, i buljong och steril urin. På vanlig agar erhöls en gång en mycket obetydlig kultur. Däremot växte gonokockerna förträffligt i en blandning af buljong och ascites (2 + 1) samt på PFEIFFERs blodagar. På urinagar (1 del steril urin + 2 delar KIEFERs agar) erhöls 3 gånger af 9 positift resultat, men kolonierna voro mycket små och fåtaliga, under det samtliga dessa fall på ascites-agar gåfvo ymniga gonokockkulturer. — Lika goda resultat som med ascites vans med exsudat från en serös peritonit. Däremot lyckades ej odling på ascites-agar efter ägghviteämnenas utfällning genom upphettning till 100° och frånfiltrerande. Författarne anse sålunda troligt, att KRAL ej haft gonokocker i sina odlingar.

Såsom karakteristiskt för gonokockerna anföra förff., att de ligga i grupper *i* cellerna, äro rörliga i hängande droppe och *mycket hastigt* (10—15 sekunder i tunna preparat) affärgas enligt GRAMs färgningsmetod. De sönderfalla äfven hastigt i kultur (involutionsformer i kulturens midt).

---

[1]) Denna gonorré exacerberade sedan efter 2 månader och var efter 3 månader (i juli) ännu ej fullt botad. (Gonokocker i juli.) *Åhman.*

Undersökningarna öfver den temperatur, vid hvilken gonokockerna växa, resp. dö, äro ej afslutade men förff. anföra, att i 5 fall som för samtidig enkel chanker behandlats medelst värme enligt BERLIEN-WELANDERs metod, hvarvid temperaturen i urethra var 40°—40,2°, efter 48, resp. 70 timmar erhållits rikliga kulturer af gonokocker, hvarjämte den purulenta flytningen blifvit mera profus, hvarföre värmebehandling icke synes kunna rekommenderas för gonorré.

Sederholm.

LYDER NICOLAYSEN: **Om Pnevmokokkens Lokalisationer udenfor Lungen.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 374—396.

To Tilfälde af Pnevmokokinfektion hos Börn; det ene, 4 År gl., fremböd Symptomer på en Infiltration af höjre Lungetop og en Plevrit af äldre Dato på samme Side; under Hospitalsopholdet kom der en venstresidig Plevrit til; Barnet havde uregelmässig Feber og de sidste Dage tiltagende Somnolens, under hvilke Symptomer Döden indtrådte efter en Måneds Forlöb. Istedenfor en Lungetuberkulose med Meningit, som man havde ventet, fandtes ved Sektionen en kronisk Pnevmoni, dobbeltsidigt Empyem, purulent Meningit og Mellemörebetändelse; i alle angrebne Organer påvistes Pnevmokokker.

Det andet Barn, en 4 Måneders Gut, indsygnede under Tegn på en Lungeaffektion, uden at nogen sikker sådan kunde påvises; efter en Uges Forlöb kom der pyarthrus af höjre Albuled og en subkutan Absces i Hypokondriet; nogle Dage för Döden fandtes Exsudat i Plevrahulerne; ved Sektionen dobbeltsidigt Empyem, purulent Perikardit og pyarthrus i Albuleddet. Nogle Dage för Döden påvistes Pnevmokokker i Blodet og den lille Absces, og efter Döden i Pusset fra de angrebne Steder. — I Tilslutning til disse Tilfälde gives en kort Udsigt over Pnevmokokkens Lokalisationer, idet det särlig betones, at dens Overgang i Blodet ved en Pnevmoni vistnok er adskillig hyppigere end i Almindelighed antaget.

L. Nicolaysen.

Speciel patologi och terapi: LAACHE: Kliniske Iagttagelser om tetanus. — KLEE: Tre Diabetikere behandlede med Hydroterapi og Diät ved Silkeborg Vandkuranstalt. — W. M. SCHÖYEN: En Cossus-Larves Forekomst i Maven hos et Menneske. — HALK: Den Fleinerske Oljeindhäldning ved kronisk Tyktarmskatarr. — SÖRENSEN: Forsög med Serumterapi ved diphtheritis. — LYDER NICOLAYSEN: Om Kighoste. — EINAR RANDERS: Kighostens »Initialstadium» og dens Behandling. — INGERSLEV: Kirurgisk scarlatina, indledet med en lymphangitis brachii. — STORM BULL: Lumbalpunktion. — THURE HELLSTRÖM: Mortaliteten vid Stockholms epidemisjukhus 1895. — R. NATVIG: Mekanoterapevtisk Kasuistik. I. Massage ved Nevralgi i Amputationsstump. II. Tilfälde af Akroparästesi. III. Kronisk Cefalalgi. — M. SOLBERG: Heftplasterbandage ved »Hold». — ANDERS WIDE: Handbok i medicinsk gymnastik.

LAACHE: **Kliniske Iagttagelser om tetanus.** Tidsskr. f. den norske Lägeforening 1896, Nr 13, S. 303—330.

Forf. meddeler 3 Tilfälde, iagttagne på Rigshospitalets medicinske Afdeling B, alle opträdende i Sommertiden og hos yngre Individer af Mandkön.

Et af Tilfäldene var forbundet med *Facialparalyse* (ROSEs Kopftetanus); det endte med Helbredelse. Forf. gennemgår denne Tilstand fra et historisk og patologisk Tilstand. Han kommer til det Resultat at Paralysen hörer til de såkaldte *Infektionslamheder*, närmest i Analogi med den difteritiske Lamhed.

I et andet Tilfälde indtrådte også Helbredelse, efter at Pat. havde fåt alt i alt 240 Gm *Kloral.* Virkningen af Kloral syntes utvivlsom, idet der optrådte evident Forvärrelse, efter at det var seponeret for nogle Dage, men Bedring, efter at det var givet pånyt. Tilfäldet havde imidlertid i og for sig et meget langsomt Forlöb, hvilket Forf. lägger stor Vägt på til Forklaring af det gunstige Udfald. Kloral er ikke at opfatte som et specifikt Middel, men ved at holde de faretruende Kramper i Schak, hjälpe det Individet til at reagere mod Sygdomsgiften og lader Sygdommens naturlige Tendens til Helbredelse komme til sin Ret.

I Modsätning til dette langsomt forlöbende Tilfälde refereres et tredje, der endte dödelig efter et kortvarigt Forlöb. De meget akut forlöbende såkaldte »foudroyante» Tilfälde anser Forf. utilgängelige for vor nuvärende Terapi. Muligt at et Fremtidens Antitoxin her vilde kunne standse den maligne Proces.

Laache.

KLEE: **Tre Diabetikere behandlede med Hydroterapi og Diät ved Silkeborg Vandkuranstalt.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 433.

F. Levison.

W. M. SCHÖYEN: **En Cossus-Larves Forekomst i Maven hos et Menneske.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 591—597.

Forf. modtog fra Dr. KJENNERUD en Insektlarve af *Cossus ligniperda*, der var fulgt med op fra Spiseröret, efter at Sonde var benyttet, hos en 64 År gammel Kone, der led af cancer cardiæ. Pat. daterer Sygdommen fra 1½ År tilbage, da hun i Udmarken en Dag plukkede og spiste Björnebär (Rubus fruticosus). Hun märkede da, strax efter at have nedsvälget en håndfuld Bär, en underlig Fornemmelse i Spiseröret, som om hun havde fået noget på tvärs. Forf. diskuterer, om nävnte Larve ved sin Irritation kan have väret Årsagen til Patientens Sygdom, cancer ventriculi. Obduktion ikke foretaget.

HALK: **Den Fleinerske Oljeindhäldning ved kronisk Tyktarmskatarr.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 601.

Ved kronisk Tyktarmskatarr og hårdnakket Obstipation har HALK efter den af FLEINER og KUSSMAUL anbefalede Metode anvendt Indhäldning i Tyktarmen af ren Olje af så ringe Syregrad som muligt. Også ved Lidelser i Tyktarmen, der ere forbundne med Sårdannelse, og ved colitis membranacea yde Oljeindhäldningerne Nytte. Til Indhäldning er Olivenolje den bedste, men meget dyr; HALK anvender renset Rapsolje. Indhäldningen må ske langsomt, og Patienten skal tilbageholde Oljen så länge som muligt; medens FLEINER anbefaler Anvendelse af store Oljemängder nogle Gange om Ugen, foreträkker HALK en daglig Indhäldning af 200—250 Gm. Resultatet har väret tilfredsstillende, Afföringen bliver let, Smerter og Flatulens svinde, og Ernäringstilstanden bedres.

F. Levison.

SÖRENSEN: **Forsög med Serumterapi ved diphtheritis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 521, 545, 578, 602, 621. Diskussion. Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 80.

I April til December Måned 1895 behandledes i Epidemihospitalet 58 Tilfälde af diphtheritis, 23 af Krup med Injektion af fransk eller dansk Serum; Serumexantemer iagttoges ved diphtheritis 23 Gange, ved Krup 10 Gange. Med Hensyn till Virkningen kommer Forf. til det Resultat, at Serumbehandlingen ikke er i Stand til at forandre Sygdommens Prognose eller Forlöb i nogen väsentlig Grad, men at der måske er noget ringere Tilböjelighed til et descenderende Forlöb af Difterien, ved hvilket også Luftvejene angribes, når Patienterne på et tidligt Stadium ere behandlede ved Seruminjektion. Afhandlingen ledsages af et stort Antal meget udförligt refererede Sygehistorier.

F. Levison.

LYDER NICOLAYSEN: **Om Kighoste.** Tidsskr. f. den norske Lägeforening 1896, Nr 5, S. 101.

Forf. giver en Udsigt over den senere Tids bakteriologiske Arbejder over Kighoste og gennemgår kritisk en Del af de i de senere År foreslåede Midler. Uden specielt at anbefale noget enkelt fore-

träkkes i Almindelighed en Kininbehandling med store Doser, hvilken efter Forf:s Erfaring i de fleste Tilfälde lader sig gennemföre trods den bitre Smag. Först når man kan diagnosticere Sygdommen i dens förste Begyndelse vil man kunne göre sig Håb om at erhverve pålidelige Opgaver over de forskellige Midlers terapevtiske Nytte, og hertil får man håbe, at Bakteriologien vil bringe det.

L. Nicolaysen.

EINAR RANDERS: **Kighostens "Initialstadium" og dens Behandling.** Tidsskr. f. den norske Lägeforening 1896, S. 259—264.

Behandlingen med *Svovlrögninger*, der oprindelig er anbefalet af W. MOHN, roses; Forf. sätter denne i Gang, så snart Diagnosen er stillet og gentager den, så fremt det tränges med 8 til 14 Dages Mellemrum. *S. Laache.*

INGERSLEV: **Kirurgisk scarlatina, indledet med en lymphangitis brachii.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 573.

Et 10-årigt Barn, der på Ulnarsiden af venstre pollex havde et skorpedäkket panaritium, og som havde väret udsat for Scarlatinainfektion, fik en lymphangitis brachii, der viste sig som en 2 Cm. bred, röd Stribe langs Radialfladen af antibrachium gennem plica cubiti til Axillen; samtidig optrådte et middelstärkt Scarlatinaexantem på Hals, Bryst og Ryg og den karakteristiske Lidelse af fauces og Tunge. Senere Afskalning af Huden.

Forf. refererer endnu 2 Tilfälde, iagttagne på Epidemihospitalet, og i hvilke et Brandsår synes at have väret Indgangsporten for Infektion. *F. Levison.*

STORM BULL: **Lumbalpunktion.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 498—506.

Forf. har på Rigshospitalets medicinske Afd. B udfört QUINCKEs Lumbalpunktion ved 4 Tilfälde af *tuberkulös Meningit.* I et Tilfälde udtömtes kun 6—8 Kcm. Cerebrospinalväske, hvori det ikke lykkedes at påvise Tuberkelbaciller. I de andre 3 Tilfälde, hvor Mängden var större, 43 til 58 Kcm., påvistes Tuberkelbacillerne med Lethed ved den af FÜRBRINGER angivne Metode, idet man opfisker det fine, spindelvävslignende Fibrinnet, som altid udskilles ved Henstand, og laver sine Däkglaspräparat heraf. Det Tryk, hvorunder Väsken strömmede ud, varierede mellem 18 og 57 Cm., den sp. V. mellem 1007 og 1009. Albumingehalten var 1,5 $^0/_{00}$ til henimod 6 $^0/_{00}$. TROMMERs Sukkerreaktion gav i alle Tilfäldene negativt Resultat. To Gange gjordes med resp. 18 Kcm. intraperitoneal Indpodning på Marsvin; en Gang med positivt Resultat, en Gang med negativt. Terapevtisk Virkning har Forf., i Overensstemmelse med den almindelige Erfaring, ikke iagttaget, uagtet han to Gange har set forbigående Bedring, som dog kun har varet en Del Timer. Stor Betydning har derimod Lumbalpunktionen som diagnostisk Hjälpemiddel. Udförelsen er let, Narkose overflödig. Da pludselige Kollaptilstande og Dödsfald ikke netop

så själden ses ved de Sygdomme, hvor Lumbalpunktionen bör komme til Udförelse, og Operationen derfor af Publikum let kunde gives Skylden, opfordrer Forf. tilslut til Forsigtighed med Anvendelsen i privat Praxis. Det er heller ikke utänkeligt, at den dödelige Udgang i Virkeligheden påskyndes af Indgrebet, som undertiden kan väre ret smertefuldt.

THURE HELLSTRÖM: **Mortaliteten vid Stockholms epidemisjukhus 1895.** Hygiea 1896, I, s. 479.

På epidemisjukhuset intogos 1895 1,366 patienter, af hvilka 57 dogo; mortaliteten sålunda 4,17 % (1894 15,57 %). — Af scarlatina inkommo 325 patienter och dogo 16, mortalitet 4,92 % (1894 7,17 %). — Af difteri inkommo 693 patienter; alla fallen bakteriologiskt konstaterade. Af dessa dogo 32; mortaliteten sålunda 4,62 %. — Af okomplicerad svalgdifteri ledo 578 patienter, dogo 13; mortalitet 2,25 %. — Af difterikrup ledo 115, dogo 19; mortalitet 16,52 %.

Från d. 1 febr. 1895 till årets slut användes difteriserum, till att börja med tyskt, sedan franskt, och från maj till årets slut svenskt, beredt af d:r SELANDER. Under tiden 1 febr. till 31 dec. 1895 inkommo 571 difteripatienter, af dessa behandlades 342 (ungef. 60 %) med serum; 229 patienter fingo ej serum, emedan de ansågos vara mycket lindriga fall, alla dessa tillfrisknade. Af de serumbehandlade, de svårare fallen, dogo 11 — mortalitet sålunda på alla difterifallen 1,93 %, men om de 5 dödsfall, som inträffade inom de 2 första dagarna af sjukhusvistelsen, fråndragas, blir mortaliteten 1,062 %. Af de intagna voro 340 barn under 10 år, alla 11 dödsfallen inträffade bland dessa = 3,23 %; fråndragas 5 dödsfall, såsom ofvan nämnts, blir mortaliteten 1,78 %. Af de serumbehandlade voro 85 komplicerade med krup, af dessa dogo 5 = 5,8 % eller med ofvan nämnda afdrag 2,44 %. Af kruppatienterna måste 51 opereras, af dessa dogo 5; mortalitet 9,8 %, med ofvan nämnda afdrag 4,34 %. — Förf. kunde ej konstatera någon olägenhet af serumbehandlingen. — Resultaten äro glänsande, men förf. är ej säker, att alt bör skrifvas på serum, epidemien var måhända också godartad.

Edgren.

R. NATVIG: **Mekanoterapevtisk Kasuistik. I. Massage ved Nevralgi i Amputationsstump. II. Tilfälde af Akroparästesi. III. Kronisk Cefalalgi.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 581—590.

Forf. meddeler et Tilfälde af Nevralgi i en Amputationsstump, helbredet ved Massage, et Tilfälde af Akroparästesi samt et Tilfälde af kronisk Cefalalgi.

M. SOLBERG: **Heftplasterbandage ved "Hold".** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 612—613.

Forf. anbefaler denne Bandage ved forskellige Arter Hold, også ved Pnevmoni.

ANDERS WIDE: **Handbok i medicinsk gymnastik.** Senare delen med 11 afbildningar i avtotypi och träsnitt i texten. Stockholm, Nordin & Josephson 1896.

Uti denna senare del af sin handbok i medicinsk gymnastik lemnar förf. detaljerade föreskrifter rörande den gymnastiska behandlingen af de olika sjukdomarna och sjukdomsgrupperna. Sålunda framställas behandlingsmetoderna för sjukdomarna i cirkulationsorganen, i respirationsorganen, i digestionsorganen, i urogenitalapparaten, i nervsystemet, för de konstitutionela sjukdomarna, för sjukdomar i ben och leder och för ryggradskrökningarna. Som oftast inflickar förf. upplysande sjukdomsberättelser.

Edgren.

Kirurgi och oftalmiatrik: OLE BULL: Et Tilfälde af Amblyopie lunaire. — JOHAN HOLMSTRÖM: Till behandlingen af de suppurativa keratiterna. — H. ALLARD: En metod att behandla obliteration af tårgångens nasala mynning. — GUSTAF AHLSTRÖM: Om empyem i sinus frontalis. — IVAR SVENSSON: Öfver kolostomiens och exstirpationens områden vid behandling af rektalkarcinom. — ÅGE KLÆR: Et Tilfälde af en Tarmsten i et Coekalbrok. — A. BORNEMANN: Demonstration af Patienter med konservativt behandlede Patellarfrakturer. — A. ROSENBERG: To Tilfälde af Karbolgangrän. — E. A. TSCHERNING: Bort med Nikkelovertrükket på vore Stålinstrumenter.

OLE BULL: **Et Tilfälde af Amblyopie lunaire.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 598—602.

En tidligere frisk Sömand, hvis Syn altid havde väret godt, sov en Nat på Däkket, medens Skibet befandt sig på Honduraskysten.

Da han vågnede kunde han ikke mere skelne Räerne og såvidt se Däkket. Tilstanden varede uden Afbrydelse 2 Måneder; af Läge forordnedes Levertran, hvorefter nogen Bedring.

Forf. så Vedkommende 7 År efter. Han konstaterede en let Konjunktivit, god Reaktion af Pupillerne. Linsens Forflade oversået med små blåvide Prikker, Linsens centrum radiärt stribet, Randene gennemsigtige $V = \frac{4}{18}$, $C = \frac{1}{2}$. Synsfeltet frit. L viste ingen Nedsättelse.

Synsnedsättelsen skyldtes udelukkende Forandringerne i Linsen.

Forf. er overbevist om at Årsagen ligger i Månelyset. Lignende Tilfälde har tidligere väret beskrevet, således af STELLWOG, der citerer ROBINSON. DEMOURS (1818) omtaler som en velkendt Sag, at Soldater, der tilbringede Nätterne på Däkket, er udsatte for Hemeralopi.

Laache.

JOHAN HOLMSTRÖM: **Till behandlingen af de suppurativa keratiterna.** Akad. afhandling. Malmö 1896.

Förf. lemnar först en historik öfver uppfattningen om de suppurativa keratiternas etiologi. Sedan redogör han för de bakteriologiska

forskningarna, som på senare tider af en mängd forskare blifvit utförda beträffande hypopyonkeratiterna. Därpå skildrar han den moderna terapien vid dessa åkommor samt meddelar en del fall, som han själf behandlat. Slutligen gör han följande sammanfattning:

Vid suppurativa processer i hornhinnan bör i första hand en medikamentös behandling komma i fråga. Visar sig denna ur stånd att förhindra processens vidare utbredning, så ega vi för det närvarande intet säkrare medel däremot än behandlingen med cauterium actuale under särskilda omständigheter kombinerad med paracentes af hornhinnan. Ofta kan den aktuela kauterisationen ersättas af utskrapning med skarp slef, men detta ingrepp erbjuder inga väsentliga fördelar framför kauterisationen och är därtill en mindre tillförlitlig och i vissa fall skadlig behandling. Vid förhandenvaron af en tårsäcksblenorré eller af en infektiös bindhinneprocess är utskrapning med skarp slef bestämdt kontraindicerad.

Widmark.

H. ALLARD: **En metod att behandla obliteration af tårgångens nasala mynning.** Upsala läkareförenings förh., ny följd, bd 1. s. 311.

Förf. har under den tid han tjänstgjort som amanuens vid ögonkliniken i Upsala iakttagit 3 personer, å hvilka den nasala mynningen af ductus nasolacrymalis var stängd. Han diagnosticerar denna anomali genom att införa en Bowmans sond genom tårkanalen och sedan palpera dess nedre spets genom en i näsborren införd knappsond. Stöter knappsonden ej på metall utan kännes Bowmans sond öfveralt beklädd med slemhinna, föreligger sannolikt ett stängdt orificium. Förf. ingår då med en skärformig knif med boutonnerad spets, trycker den stadigt mot näsans laterala vägg, tils Bowmans sond påträffas, utdrager sist nämnda, hvarefter snittet med knifven fortsättes ett stycke framåt, så att tårgången afskäres på tvären. Den skärformiga knifven har författaren längre fram sökt ersätta genom ett för ändamålet konstrueradt, särskildt instrument, som i uppsatsen finnes beskrifvet och afbildadt.

Widmark.

GUSTAF AHLSTRÖM: **Om empyem i sinus frontalis.** Nord. med. arkiv, 1896, n:r 12.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1896, n:r 16, s. 2.

IVAR SVENSSON: **Öfver kolostomiens och exstirpationens områden vid behandling af rektalkarcinom.** Hygiea 1896, I, s. 456.

Med utgångspunkt från ett fall, behandladt enligt WITZEL medelst colostomia glutealis, redogör förf. för de radikala och palliativa operationernas utveckling och nuvarande ställning. Den ökade möjlighet till fullständigt aflägsnande af alt sjukt, som de s. k. sakrala hjälpoperationerna medfört, har låtit exstirpationsförsöken utsträckas väl långt. Frekvensen af recidiv är följaktligen stor. Frågan blir då den, om icke exstirpationen åtminstone i längre gångna fall bör ersättas af

en palliativ operation, allrahälst som nyttan af en dylik — tidigt utförd — är oomtvistelig.

Förf:s personliga erfarenhet och literära studier ge en åskådlig och vägledande redogörelse för det afhandlade.

J. Åkerman.

ÅGE KIÆR: **Et Tilfälde af en Tarmsten i et Coekalbrok.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 445.

En 64-årig Kvinde, der havde et 4 År gammelt höjresidigt Kruralhernie, hvorfor hun bar bracherium, behandledes fra $^{15}/_{1}$ til $^{31}/_{1}$ 96 for en Mavekatarr med Vismuthpulver (1 Teskefuld 3 Gange dagl.). Da Herniet voxede, tilrådedes Operation. Ved Indläggelsen på Kommunehospitalets 5te Afd. d. $^{27}/_{2}$ föltes i Kruralegnen en hård, pigeonstor tumor, ikke reponibel; der var ingen Inkarcerationstilfälde. Ved Herniotomien fandtes ingen Broksäk, man kom strax ind på coecum, i hvilken der föltes et hårdt Legeme; dette viste sig efter en Incision at väre en Tarmsten af 9 Grams Vägt og med fölgende Dimensioner: 3,3, 2,8 og 1,8 Cm. Tarmen sutureres, processus vermiformis, der var noget lang, exstirperes, hvorefter coecum efter débridement reponeres. Dräuage. Reaktionslöst Forlöb. Stenen var af brunlig Farve, indeholdt ikke nogen Kärne, den bestod väsentlig af Fosforsyre og Vismuthilte. *Kr. Poulsen.*

A. BORNEMANN: **Demonstration af Patienter med konservativt behandlede Patellafrakturer.** Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 68.

Anbefaler Massagebehandlingen, hvor der kun er ringe Diastase mellem fragmina, og hvor Kapselriften ikke er stor; som oftest kommer der ikke ossös Heling; men selv ved en Diastase på 4—5 Cm. gå Patienterne godt. Metoden er farefri.

Kr. Poulsen.

A. ROSENBERG: **To Tilfälde af Karbolgangrän.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 583.

Bägge Gange anvendtes 2 % Karbolvand til Omslag; i det ene Tilfälde drejede det sig om et Par overfladiske, urene Ulcerationer på dorsum manus, Omslaget skiftedes 3 Gange daglig; efter en 5 Dages Forlöb var der dannet en Nekrose af Huden i omtr. 3 Cm:s Udsträkning, Eskaraen udstödtes lidt efter lidt; Såret var först lägt efter 3 til 4 Ugers Forlöb. Det andet Tilfälde handler om en 7-årig Dreng, der havde et kontunderet vulnus på index (2den phalanx); der ordineredes Karbolomslag; Forf. så först Barnet en 14 Dage senere; Såret var da forlängst helet; men Forälrene havde vedblevet med at bruge Omslaget, da det prikkede og stak i Fingeren; der var nu en Eskara overalt, hvor Omslaget havde ligget; den udstödtes langsomt og afficerede cutis i omtrent hele dens Tykkelse.

Kr. Poulsen.

E. A. TSCHERNING: **Bort med Nikkeloverträkket på vore Stålinstrumenter.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 313.

Selv om Forniklingen er godt gjort, kan det dog ikke undgås, at der under Brugen opstår Spräkker og Ridser; på sådanne Steder ruster Instrumentet, navnlig når det koges. Forf. har fundet, at den herved frembragte Korrosion er större end på ikke forniklede Instrumenter, og han tilskriver det en elektrolytisk Virkning mellem Järnet og Nikkeloverträkket, en Virkning, der särlig gör sig gäldende ved Kogningen. Forsög, der refereres, have også vist, at Stålet angribes under Kogningen, når det er i Forbindelse med en Nikkelplade. Han råder derfor til for Fremtiden ikke at anvende Fornikling af Instrumenter. *Kr. Poulsen.*

Psykiatri: HANS KAARSBERG: Om Satanismen. — JOHAN SCHARFFENBERG: Et norsk Tilfälde af »Satanisme» fra 1664.

HANS KAARSBERG: **Om Satanismen.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 397, 421, 448.

Gengivelse i Udtog af et Par franske Värker om »Djävlebesättelse», hvortil Forf. knytter Skildring af nogle »Hexe» og »Hexeprocesser» fra de nordiske Lande, alt isprängt og omrammet af hans egne Ströbemärkninger om Ämnet, särligt angående den psykologiske Opfattelse af de skildrede Fänomener.

P. D. Koch.

JOHAN SCHARFFENBERG: **Et norsk Tilfälde af "Satanisme" fra 1664.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 641.

Skildring af en Retssag fra Ringebo i söndre Gudbrandsdalen, som omhandler et »typisk Tilfälde af "Satanisme" (Gudsfornägtelse, Djävleomgängelse og Hexekunster, alt frivillig og utvungen bekendt)». Tilfäldet, som efter Forf:s Anskuelse er at opfatte som beroende på en Melankoli på degenerativ Grund, synes at väre endt med Helbredelse. *P. D. Koch.*

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: C. RASCH: Om Behandlingen af Syfilis med Injektioner af uopløselige Kviksölvpräparater.

C. RASCH: **Om Behandlingen af Syfilis med Injektioner af uopløselige Kviksölvpräparater.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 479.

Referat af tre Diskussioner i Soc. dermat. franç.

R. Bergh.

Obstetrik och gynekologi: TH. B. HANSEN: Födsel 3 År efter en Symfyseotomi. — AAGE E. KIÆR: Den modificerede skotske Axeträktang.

TH. B. HANSEN: **Födsel 3 År efter en Symfyseotomi.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 597.

Patienten blev for 6 År siden med stort Besvär forlöst med et dödt Foster i Sädestilling. Bäkkenmålene vare fölgende: cr. il. 27 Cm., sp. il. 25 Cm., conj. diag. knap 10 Cm. Conj. vera måtte anslås til godt 8 Cm. Ved den 2den Födsel for 3 År siden lå Fosteret i Issestilling; men trods kraftige Veer holdt Hovedet sig bevägeligt i överste Bäkkenåbning, og der opstod efterhånden en faretruende Udspiling af det nederste Uterinsegment; Kontraktionsringen föltes 2 Fingersbred under umbilicus. Der foretoges Symfyseotomi og Fremträkning med Tangen uden nogen som helst Vanskelighed. Ved Nedpresning af Hovedet i Bäkkenets Hulhed fjärnede Symfyseenderne sig omtr. 6 Cm. fra hinanden. Kun Såret i de blöde Dele forenedes med Suturer. Efter Födselens Fuldendelse, da Konen var bragt til Sängs, var Afstanden mellem Symfyseenderne omtr. 1¼ Cm. Barnet levende, vejede 3500 Gm; Hovedomfang 36 Cm. Barselsängen forlöb glat, og efter 5 Ugers Forlöb var Konens Gang sikker og god. Efter 3 Års Forlöb, i hvilken Mellemtid hun, der måtte arbejde strängt, havde aborteret 1 Gang i 3dje Måned, präsenterede hun sig atter til Födsel. De ydre Bäkkenmål vare som tidligere; i Ryglejet med abducerede Ben kunde den lille Finger lägges ind mellem Symfyseenderne, så vel udvendigt fra som fra vagina. I oprejst Stilling var Adskillelsen ikke så stor; men der var en overordentlig stor Bevägelighed; ved at stå skiftende på et Ben og löfte det andet föltes en meget udtalt »mouvement de chevauchement». Trods dette var Gangen uden nogen som helst Forstyrrelse. Fosteret i Längdeleje. 3 Uger efter Undersögelsen indtraf Födselen. Ved Forf:s Ankomst fandtes Fosteret i Skulderstilling med Hovedet i venstre Side, Ryg fortil og höjre Albu dybt i vagina. I

Kloroformnarkose lykkedes det at foretage Vending på en Fod. Navlesnoren dybtliggende, pulslös. Efter Vendingen ophörtes med Narkosen, og Veerne dreve hurtigt og let Fosteret frem. Umiddelbart derefter kunde 2den og 3dje Finger lägges ind mellem Symfyseenderne, og ved Anbringelsen af bägge Händers Fingre udvendigt fra og fra vagina havde Forf. Fornemmelsen af kun at have Hud og Slimhinde imellem dem. Barselsängen forlöb godt, og efter 3½ Uges Forlöb kunde hun atter stå op og passe sit Hus. Gangen var sikker og let. Adskillelsen i Symfysen omtr. 1 Cm.

Det, der har Interesse ved det her meddelte Tilfälde, er den kliniske Konstatering af, at den Betingelse, der for 3 År siden måtte skaffes til Veje ved en Operation, nemlig Forstörrelsen af Bäkkenringen ved Adskillelsen i Symfysen, at den ved den fölgende Födsel nu igen indfinder sig *spontant*, *uden at Bäkkenets Funktion har lidt ved*, *at Muligheden herfor har holdt sig i de forlöbne År.*

F. Nyrop.

AAGE E. KIÆR: **Den modificerede skotske Axeträktang.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 577.

Forf. henleder ved Hjälp af Tegninger Opmärksomheden på en enkelt Forandring ved Tangen, hvorved den er bleven endnu lettere at håndtere; samtidigt angiver han Målene på Tangen og dens enkelte Afsnit og de Fordringer, man teknisk set må stille til en vel forarbejdet Tang. *F. Nyrop.*

Pediatrik: H. ADSERSEN: Om syge Pattebörns Vägt. — HANSEN: Et Tilfälde af Bändelorm hos et spädt Barn. — TH. ROVSING: Om tuberkulös arthroitis og osteitis i den tidlige Barnealder.

H. ADSERSEN: **Om syge Pattebörns Vägt.** Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 13.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 16, S. 4.

HANSEN: **Et Tilfälde af Bändelorm hos et spädt Barn.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 440.

F. Levison.

TH. ROVSING: **Om tuberkulös arthroitis og osteitis i den tidlige Barnealder.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 461, 491. — Diskussion: Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 72.

Forf. fremhäver den store Interesse, Tuberkulosen frembyder for det kliniske Studium ved den Rigdom af Former, hvorunder den opträder, ved den overraskende Forskel på Forlöb og Prognose, alt eftersom den opträder i den ene eller anden Alder, i dette eller hint Organ og hos de forskellige Individer. Särligt dvälede han ved den store Forandring, Kirurgernes Syn på Tuberkulosens Prognose og Behandling var undergået, idet man fra at anse en tidlig aggressiv Behandling for nödvendig nu var nået til det modsatte Standpunkt, yderlig Konservatisme, fordi det havde vist sig, at Tuberkulosen under Ro og gode ydre Betingelser havde Tilböjelighed til at hele.

Forf:s Fremstilling angår en Form af tuberkulös arthroitis, han havde haft Lejlighed til at iagttage på Dronning Louises Börnehospital. Särlig betegnende for den tuberkulöse arthroitis var den snigende Begyndelse, det kroniske Forlöb, der *kunde* ende med Helbredelse uden Suppuration, med eller uden Ankylose; indtrådte Suppuration, betragtedes disse Tilfälde som särlig alvorlige. Forf:s Erfaringer fra Börnehospitalet gik nu ud på, at de Former, der vare Regelen i de andre Aldersklasser, tumor albus og osteo-arthroiterne, ere meget själdne i den späde Barnealder, i hvilken han derimod havde iagttaget en Räkke Tilfälde af en typisk og ret ejendommelig Form, som närmest måtte kaldes *pyarthron tuberculosum acutum*, og som udmärkede sig ved en särlig god Prognose, idet de ikke blot opstå, men også forlöbe akut og hurtigt synes at hele ved simpel Incision.

Forf. havde iagttaget 10 sådanne Tilfälde. Det nye var ikke i og for sig den hurtige Udvikling af en Mängde tuberkulöst pus, hvad allerede KOENIG havde påvist kunde finde Sted i et *kronisk* betändt Led; i Forf:s Tilfälde angrebes derimod et forhen sundt, naturligt Led under akute Febersymptomer af en tuberkulös Suppuration, der ved Artrotomi svandt hurtigt igen.

I 3 af Tilfäldene påvistes Tuberkelbaciller i Pusset; i de övrige fandtes hverken Tuberkelbaciller eller andre Mikrober i Pusset; men i

ét af disse foretoges Indpodning af Pusset på et Marsvin, der döde af en fra Indpodningsstedet udgået Tuberkulose.

I de andre Tilfälde anså Forf. Lidelsens tuberkulöse Natur tilsträkkelig bevist ved Udviklingen af tuberkulöse Abscesser i Blöddelene, i hvis Indhold påvistes Tuberkelbaciller. I et Tilfälde fandtes allerede ved Operationen en tuberkulös Absces i Blöddelene, opstået ved Perforation af Hofteledskapselen, i de andre skyldtes Abscesserne utvivlsomt tuberkulös Infektion af Artrotomisåret under Operationen.

Forf. mente her at stå ovenfor en ejendommelig Form af Ledtuberkulosen; han anså i disse Tilfälde särlig Suppurationen for at väre et godt prognostisk Tegn, et Udtryk for, at Tuberkulosen er svækket, i Färd med at dö hen. Kun under denne Forudsätning kunde man forstå det overordentlig gunstige og hurtige Forlöb med fuldständig Heling og uskadt Funktion efter simpel Artrotomi. At Bacillerne så hurtigt gå til Grunde netop hos ganske små Börn, kan tänkes at bero enten derpå, at virus var sväkket, og at måske *medfödte*, latente foci dannede Udgangspunktet for Invasionen i synovialis, eller derpå, at de ganske unge Celler vare särlig egnede til at optage Kampen imod Bacillerne, hvilken sidste Forklaring han anså for den naturligste.

Praktisk anså Forf. det for vigtigt at väre bekendt med denne Form af Ledtuberkulosen hos små Börn, for at man ikke skulde lade sig forlede til at väre mindre nöjeregnende med Antiseptiken, og fordi man burde foretage Artrotomi snarest muligt, da ellers Brusken usureres og Kapselen spränges, hvoraf periartikuläre Abscesser blive Fölgen, så at Udsigten til et normalt, frit bevägeligt Led går tabt.

Tuberkulöse Osteiter anså Forf. derimod for själdne i denne Alder; han omtalte et sådant Tilfälde, med fuldständig Epifyselösning, men med heldigt Forlöb.

Den påfulgte Diskussion i det medicinske Selskab i Köbenhavn drejede sig i Hovedsagen om, hvor vidt de meddelte Tilfäldes tuberkulöse Natur kunde anses for bevist eller ikke, hvad der stilledes i Tvivl af TSCHERNING og BLOCH. KR. POULSEN var uenig med Forf. i hans Opfattelse, at Suppuration skulde väre et Bevis på, at den tuberkulöse Lidelse var i Färd med at udhele, da dette langtfra altid holde Stik. Herimod sögte ROVSING at hävde sin Opfattelse af Forholdene.

G. G. Stage.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: IVAR BANG: Nogle Bemärkninger om Brödet i Diäten ved diabetes mellitus. — CHR. GEILL: Om Kloralexantemet. — G. DJÖRUP: Et heldigt forlöbet Tilfälde af Forgiftning med klorsurt Kali. — AXEL JOHANNESEN: Et Tilfälde af dödelig forlöbende Petroleumforgiftning hos et 2 År gammelt Pigebarn.

IVAR BANG: **Nogle Bemärkninger om Brödet i Diäten ved diabetes mellitus.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 603—611.

Efter at have nävnt forskellige Brödsurrogater i Sukkersyge, omtaler Forf. et nyt Bröd, som efter Angivelse af Prof. TORUP fremstillet på Fritzöhusmöller og bragt i Handelen af Agent Berg i Tönsberg.

Det er fremstillet efter samme Princip som Klidbröd, dog med den Forskel at der kun er benyttet det subkortikale Lag af Kornet, medens Skallen og Kjernen er fjärnet. Brödet er 2 Gange så rigt på Äggehvide som almindeligt Bröd, har en behagelig Smag og kan i alt måle sig med det sädvanlige Husholdningsbröd. Det kan derfor med Fordel benyttes i benigne Tilfälde af diabetes.

Forf. har gjort sammenlignende Resorptionsforsög med almindeligt Grovbröd, hvoraf fremgår at det nye Bröd resorberes lettere.

Laache.

CHR. GEILL: **Om Kloralexantemet.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 481, 505.

I en Indledning omtales de medikamentelle Huderuptioner i det hele, särlig med Hensyn til deres Opståelsesmåder, og deres Lighed med de infektiöse Exantemer fremhäves. Derefter meddeles en Räkke Tilfälde af Kloralexantem, iagttagne på Århus Sindssygeasyl. Det fremhäves, at disse ikke ere särlige hyppige, idet der på nävnte Asyl, hvor der årlig bruges omtr. 32 Kilo Kloralhydrat, i 6 År kun er iagttaget 4 Tilfälde. I de fleste Tilfälde synes der at väre Idiosynkrasi, således at enkelte Patienter få Exantem, så snart de bruge Kloralhydrat, medens det meget själdent opstår efter längere Tids Brug af moderate Doser.

Der meddeles 8 (9) Sygehistorier som Exempler på de forskellige Former — Erytem, urticaria og Papler (med purpura). Jävnligt ses stärk Afskalning ligesom efter scarlatina. Fortsätter man med Brugen af Midlet hos sådanne Patienter, kan der komme pustulöse Dermatiter, Ekzem eller Ulcerationer. Icterus iagttages af og til.

Chr. Gram.

G. DJÖRUP: **Et heldigt forlöbet Tilfälde af Forgiftning med klorsurt Kali.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 437.

En 19-årig Mand, der havde Difteri, tog d. $^6/_1$ 96 til Morgen ved en Fejltagelse omtr. 24 Gm klorsurt Kali oplöst i 1½ Pägl (= 375 Kcm.) varmt Vand. Urinen var klar og uden albumen. 4 Gange rigelig, tynd

Åbning. Pat. klagede over Slövhedsfornemmelse i Benene og Smerter i cardia. Til Aften Temp. 39,4. P. 100, lille, blygrå Ansigtsfarve, Stemmen svag og klynkende. Jävnlige Opkastninger af en lysegrön, stärkt skummende Vädske og stärk Uro. Belägninger i Svälget stärkt skrumpede og rynkede. 12 Timer efter Indtagelsen var Urinen mörk og gav Blod- og Albumenreaktion. D. 7/1 Tp. $\frac{38}{38}$. P. 80, kraftig, af og til Sövn. Ansigtsfarven blygrå, jävnlig Opkastning. Urinen mörk blodfarvet. D. 8/1 Tp. normal. Ingen Opkastning. Diuresen omtr. 2 Potter (= 2000 Kcm.). D. 9/1 Diuresen over 2 Potter. Urinen indeholder Spor af albumen, men giver ikke Blodreaktion. D. 10/1 Diuresen 2½ Pot. D. 11/1 Diuresen 2¾ Pot. Urinen indeholder ikke albumen. D. 14/1 Ansigtsfarven endnu grålig. D. 19/1 Pat. er rask. — Behandlingen bestod i tinct. strophanthi 8 Dråber 4 Gange dagl., Vin, Mälk, Sodavand, Ispiller.

Forf. antager, at det heldige Forlöb skyldes, at Stoffet var fuldständig oplöst, samt den gode Virkning af tinct. strophanthi på cor og renes. — Ved mikroskopisk Undersögelse af Urinen d. 10/1 fandtes få röde, en Del hvide Blodlegemer, ingen Cylindre (Centrifuge-Bundfald — Prof. HIRSCHSPRUNG).

I Anledning af dette Tilfälde gör V. ALBRETHSEN (s. St. S. 523) opmärksom på, at det er uheldigt, at Ph. Dan. 1893 vel har en Maximaldosis for klorsurt Kali, men at det dog er tilladt at sälge Midlet i Håndköb. *Chr. Gram.*

AXEL JOHANNESEN: **Et Tilfälde af dödelig forlöbende Petroleumforgiftning hos et 2 År gammelt Pigebarn.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 565—580.

Pat. havde af en Ölflaske drukket et ukendt Kvantum Petroleum. Ved Indkomsten på Hospitalet var hun bleg med cyanotiske Läber, besväret Åndedrät, somnolent, men ved fuld Bevidsthed. Intet at se ved Läber eller Tunge, Mandlerne let opsvulmede. P. 144, lidt uregelmässig, rene Hjärtelyd. Resp. 56. Temp. 37,5.

Ved Indförelse af en Finger i Svälget fremkaldtes Bräkning af Slim, der var tilblandet en Smule Blod og fremböd Lugt af Petroleum. Der anvendtes Maveudskylning, efter Forlöbet af en ½ Time fremkaldtes en ny Bräkning. Der gaves et Klysma, det udtömte lugtede af Petroleum. Der appliceredes en Kamferinjektion, men under tiltagende Somnolens döde Barnet efter 3 Timers Forlöb.

Ved Obduktionen fandtes i begge Pleurahuler 30—40 Kcm. af en klar Vädske, der lugtede af Petroleum. Hyperämi af Trakealslimhinden. Af Lungerne udpressedes et Fluidum, der lugtede af Petroleum.

Lungerne forövrigt af normal Störrelse, af blåröd Farve, krepiterende i de forreste Partier, de bagerste Dele atelektatiske.

Ventriklen adskillig udspändt, indeholdende lidt Petroleum, Slimhinden bleg, uden Exkoriationer. Organerne iövrigt normale.

Laache.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: FRANÇIS HARBITZ: Et Tilfälde af tetanus fra retsmedicinsk Standpunkt. — EDM. H. GRUT: Om Konkurrence. — TH. R.: Om Konkurrence. — EDM. H. GRUT: Svar til Hr. Dr. TH. ROVSING i Konkurrencespörgsmålet. — EDM. H. GRUT: De to sidste Professorbesättelser i det medicinske Fakultet. — *Medlem af medicinsk Forening:* Åbent Brev til Fakultetet. — ÖRUM: Lägernes Fordeling i Köbenhavn. — ERIK HOLST: Meddelelser om Ringköbing Amts Fonds Udgifter til Sygebehandling og Sygehuse i Årene 1885—94. — —s, G. BORCH, FALBE HANSEN: Livsforsikring uden Helbredsattest. — C. WALLIS: Läkarekonstens ställning till skolhygienen. — E. ALMQUIST: Lärobok i skolhygien för seminarier, skolråd, lärare m. fl. — AXEL ULRIK: Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne. — AXEL ULRIK: Skolehygiejnen og Fällesskolen. — Svenska läkaresällskapets fest till hundraårsminnet af vakcinationens upptäckt af JENNER. — JUL. PETERSEN: Kopper og Koppeindpodning. — E. W. DAHLGREN: Förteckning öfver svenska skrifter angående smittkoppor, inokulation och vakcination. — M. SIMON: Förslaget till nytt vakcinationsreglemente. — BONDESEN: Meddelelser fra den kgl. Vakcinationsanstalt. — H. THEORELL: Förbättringar vid centraluppvärmning med varm luft. — P. L. LANDELIUS: Hälsovårdsanordningar i ett mindre samhälle. — THURE HELLSTRÖM: Epidemisjukhusets betydelse för Stockholms hälsovård. — THURE HELLSTRÖM: Mortaliteten vid Stockholms epidemisjukhus 1895. — S. ENGELSTED: Om Kysthospitalet — en Berigtigelse. — IVAR ANDERSSON: Några ord om formalinets användning såsom desinfektionsmiddel för boningsrum. — NILS ENGLUND: Genmäle till d:r I. ANDERSSONs föredrag om formalin. — *Red. af Hosp.-Tidende:* Gratis Desinfektion mod Tuberkulose. — WITTRUP: D:o d:o. — JACOBY: D:o d:o. — E. W. WRETLIND: Om tuberkulosen i Sveriges städer 1891—93 och om profylaktiska åtgärder mot den samma. — E. ALMQUIST: Huru bör mjölkförsäljningen från hygienisk synpunkt lämpligen ordnas? — IVAR ANDERSSON: Kan skarlakansfebersmitta spridas genom mjölk? — K. LINROTH: Om våra offentliga skyddsåtgärder mot kolera. — C. E. WALLER: Några af karantänssystemets fördelar och brister. — EDV. LAURENT: Några iakttagelser om scarlatina. — G. HELLSTRÖM: Aktinomykosens förekomst hos människan i Sverige.

FRANÇIS HARBITZ: **Et Tilfälde af tetanus fra retsmedicinsk Standpunkt.** Tidsskr. f. den norske Lägeforening 1896, Nr 14, S. 333—343.

Tilfäldet har särlig Interesse på Grund af Spörgsmålet om Inkubationstidens Längde. Pat. var under et Overfald tilföjet et Slag i Panden med en Sten. Först 5 Uger senere optrådte Symptomer på tetanus, under hvilke Pat. döde efter et meget kort Sygeleje. Diagnosen konstateredes også ad bakteriologisk Vej.

Det gälder at afgöre, om Pat. var inficeret i Läsionsöjeblikket. Dette har ikke alene generel videnskabelig Interesse, da intet Tilfälde tidligere er bekendt med en lang Inkubationstid, men også praktisk retsmedicinsk, idet med Hensyn til Dommens Afgörelse. Da der ikke forelå nogen Grund til at antage, at en Infektion i dette Tilfälde senere (efter Läsionen) havde fundet Sted, lod det sig med overvejende Sandsynlighed slutte, at Infektionen af Såret ved tetanus også her var sket i Läsionsöjeblikket. Lagrettens Kendelse gik i Overensstemmelse

hermed ud på at Döden var indtrådt som Fölge af den tilföjede Läsion.

Laache.

EDM. H. GRUT: **Om Konkurrence.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 409.

Ved en sammenlignende Oversigt over de Former af Konkurrence ved Besättelse af medicinske Embedsposter, som endnu findes i visse Lande, särlig Frankrig og Sverig, söges påvist, at denne Besättelsesmåde, for så vidt den angår Professorstillinger ved Universitetet, efter de Regler, som följes i Danmark, ikke längere er tidssvarende. Navnlig er Formen uhensigtsmässig og Valget af Censurkomitéen ikke tilsträkkelig betryggende for Tilstedevärelsen af Sagkundskab, medens Regler for Bedömmelsen ganske mangle.

Ax. Ulrik.

TH. R.: **Om Konkurrence.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 474.

Under Tilslutning til de af GRUT fremsatte Anker mod den nu anvendte Form for Konkurrence hävdes det som et Fortrin ved denne Besättelsesmåde, at den antages at byde störst Chance for et retfärdigt Resultat. Samtidig udtales en Kritik over den nylig ved Besättelsen af Professoratet i Oftalmologi fulgte Fremgångsmåde, ved hvilken der ikke anvendtes Konkurrence.

Ax. Ulrik.

EDM. H. GRUT: **Svar til Hr. Dr. Th. Rovsing i Konkurrencespörgsmålet.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 502.

EDM. H. GRUT: **De to sidste Professorbesättelser i det medicinske Fakultet.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 504.

Medens al Anvendelse af Konkurrence betegnes som forkastelig og antikveret, gives en Redegörelse for de Grunde, som under de givne Forhold og efter de nu gäldende Bestemmelser antages at tale for, at Professoratet i medicinsk Klinik besattes med, Professoratet i Oftalmologi uden Konkurrence.

Ax. Ulrik.

Medlem af medicinsk Forening: **Åbent Brev til Fakultetet.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 443.

Indsigelse mod nogle af Fakultetet trufne Dispositioner med Hensyn til Fristen for Indmäldelser til medicinsk Embedsexamen m. m.

Ax. Ulrik.

ÖRUM: **Lägernes Fordeling i Köbenhavn.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 521.

Af en statistisk Opgörelse udledes, at Lägerne ere nogenlunde ens fordelte over hele Byen, men at de i den indre By have deres Virksomhed blandt en mere velhavende Befolkning end i Forstäderne.

Ax. Ulrik.

ERIK HOLST: **Meddelelser om Ringköbing Amts Fonds Udgifter til Sygebehandling og Sygehuse i Årene 1885—94.** Ringköbing 1896.

Udgiften til Sygebehandling, Drift af Sygehuse og Desinfektion har i de 10 År väret gennemsnitlig 27 114 Kr. årlig eller 30 Öre for hvert Individ af Befolkningen. Amtet har i de ti År anvendt 189 526 Kr. til Bygning eller Udvidelse af Sygehuse, hvorefter Sängetallet kan bringes op til 232 (til en Befolkning af 91 000 Mennesker).

Ax. Ulrik.

—S, G. BORCH, FALBE HANSEN: **Livsforsikring uden Helbredsattest.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 565, 612.

Diskussion om, hvor vidt en af Livsforsikringsselskabet »Danmark» truffen Foranstaltning, i Fölge hvilken Livsforsikring uden Helbredsattest er muliggjort, på den ene Side träder Lägernes ökonomiske Interesse for när, på den anden Side bör opfattes som en for Samfundet gavnlig Institution. *Ax. Ulrik.*

C. WALLIS: **Läkarekonstens ställning till skolhygienen.** Svenska läkaremötets förhandl. 1895, s. 125.

På föredragandens begäran uttalade mötet sig för, att undervisning i skolhygien skulle meddelas i seminarierna, och att ritning till nytt folkskolehus skulle granskas af sakkunnig.

E. Almquist.

E. ALMQUIST: **Lärobok i skolhygien för seminarier, skolråd, lärare m. fl.** Stockholm 1896. P. A. Norstedt & söner. 80 sid., 8:v.

Innehåll: Skolhuset med tomt och skolmateriel; kroppens vård under skoltiden; skolarbetet; skolsjukdomarnas förekommande; hygienisk tillsyn öfver skolan.

E. Almquist.

AXEL ULRIK: **Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 553.

I Tilknytning til HERTELs Opfordring til Lägerne til at virke for Indförelse af Lägetilsyn med Skolerne fremhäves den hygiejniske Betydning, som må tillägges det af Regeringen i den forlöbne Rigsdagssamling forelagte, men ikke gennemförte Skolelovsforslag. Denne Betydning vilde foröges, såfremt det kunde lykkes, når Forslaget atter foreligger til Behandling i Rigsdagen, at indföre Bestemmelser om 1) at Börnetallet i hver af Almueskolens Klasser på Landet ikke må overstige 30, hvilket vil nödvendiggöre Opförelse af en stor Mängde (1 247) nye Skolebygninger eller Tilbygninger til äldre Skoler; 2) at der föres lägekyndig Kontrol med Plan og Indretning af de ved fornävnte Bestemmelse nödvendiggjorte Nybygninger; 3) at der indföres ordnet Lägetilsyn med Almueskolerne på Landet. Medens der menes at väre Stemning i Rigsdagen for de to sidstnävnte Bestemmelser, kan

der anföres så vägtige Grunde for den förste, at dens Indförelse i Loven ved Lägernes Medvirken anses for opnåelig.

Ax. Ulrik.

AXEL ULRIK: **Skolehygiejnen og Fällesskolen.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 580.

Mod de Indvendinger, som af hygiejniske og fysiologiske Grunde göres gäldende mod Bevägelsen til Gunst for Fällesskoler med höjere Undervisning for Drenge og Piger, hävdes, at det ikke ved den nyere skolehygiejniske Statistik er godtgjort, at Fällesskolen medförer nogen Fare for Börnenes Sundhed. *Ax. Ulrik.*

Svenska läkaresällskapets fest till hundraårsminnet af vakcinationens upptäckt af Jenner. Hygiea 1896, I, s. 545.

M. SONDÉN: Inledande ord.

CURT WALLIS: EDWARD JENNERs lif och verksamhet.

O. MEDIN: Smittkopporna och vakcinationen i Sverige.

E. SELANDER: De JENNERska principernas utveckling i den moderna medicinen.

E. Almquist.

JUL. PETERSEN: **Kopper og Koppeindpodning.** Et medicinsk-historisk Tilbageblik i Hundredåret efter JENNERs förste Vakcination. Köbenhavn 1896.

Skriftet er delt i 3 Hovedafsnit. I det förste meddeles Hovedträkkene i Koppeepidemiernes Historie fra deres förste tvivlsomme Fremträden i Oldtiden. Koppesygdommens ödeläggende Härgen og indgribende Indvirkning på de evropäiske Rigers Skäbne fremstilles og illustreres ved detaljerede Skildringer af Koppetilfälde i de regerende Fyrstehuse, särlig det engelske, franske og habsburgske. Det andet Hovedafsnit behandler den äldre Koppeinokulations (Variolationens) Historie, der igen er afdelt i 3 Perioder, det tredje Vakcinationens Historie med särlig Dvälen ved den JENNERske Periode. Skriftet slutter med en Del tilföjede Literaturnoter.

Jul. Petersen.

E. W. DAHLGREN: **Förteckning öfver svenska skrifter angående smittkoppor, inokulation och vakcination.** Hygiea 1896, I, s. 607.

E. Almquist.

M. SIMON: **Förslaget till nytt vakcinationsreglemente.** Sv. läkaremötets förhandl. 1895, s. 157.

E. Almquist.

BONDESEN: **Meddelelser fra den kgl. Vakcinationsanstalt.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 457.

Indeholder et Tilbageblik ved Vakcinationens 100 Års Jubiläum og Årsberetning fra den kgl. Vakcinationsanstalt for Året 1895. Af den sidste fremgår, at Forbruget af humaniseret Vakcine nu kun er meget ringe, så at Vakcinationen fra Arm til Arm vilde kunne opgives,

så fremt ikke Hensynet til Vakcineforsendelsen til Vestindien nödsagede Anstalten til forelöbig at holde den vedlige. Til Produktion af animal Vakcine podedes 87 Kalve; 6 af disse viste sig syge, hos 15 intet Anslag; af de övrige 66 Kalve höstedes 477 Gm Råstof, der udbragtes til 123 715 Portioner Vakcine. I Sommerens Löb viste sig Tegn til Degeneration af Vakcinen ved mangelfuldt Anslag, så at det blev nödvendigt at söge frisk Indpodningsmateriale fra Anstalten i Hamburg og det kommunale Institut i Stockholm, hvilket lykkedes. Om Resultaterne af 36 158 offentlige Vakcinationer med udsendt animal Vakcine foreligger Meddelelse; positivt Anslag indtraf i 93,88 % af disse.

Ax. Ulrik.

H. THEORELL: **Förbättringar vid centraluppvärmning med varm luft.** Hälsovårdsför. i Stockholm förhandl. 1895, s. 17.

Förf. beskrifver några enskildheter i det i fråga varande systemet och tillbakavisar den kritik, som man ännu får höra, och som härleder sig från erfarenhet om äldre anläggningar.

E. Almquist.

P. F. LANDELIUS: **Hälsovårdsanordningar i ett mindre samhälle.** Sv. läkaremötets förhandl. 1895, s. 24.

Förf. skildrar förhållandena i Lysekil.

E. Almquist.

THURE HELLSTRÖM: **Epidemisjukhusets betydelse för Stockholms hälsovård.** Hälsovårdsför. i Stockholm förhandl. 1895, s. 29.

THURE HELLSTRÖM: **Mortaliteten vid Stockholms epidemisjukhus 1895.** Hygiea 1896, s. 479.

E. Almquist.

S. ENGELSTED: **Om Kysthospitalet — en Berigtigelse.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 419.

På given Foranledning oplyses, at Kysthospitalet på Refsnäs altid har väret beregnet på Benyttelse hele Året rundt, da de Börn, som behandles på Hospitalet, tränge ikke blot til Sommer-, men også til Vinterophold.

Ax. Ulrik.

IVAR ANDERSSON: **Några ord om formalinets användning såsom desinfektionsmedel för boningsrum.** Hygiea 1896, II, s. 222.

NILS ENGLUND: **Genmäle till d:r I. Anderssons föredrag om formalin.** Hygiea 1896, II, s. 391.

E. Almquist.

Red. af Hosp.-Tid.: **Gratis Desinfektion mod Tuberkulose.** Hosp.-Tidende, R, 4, Bd 4, S. 544.
WITTRUP: » » » » S. St. S. 560.
JACOBY: » » » » S. St. S. 560.

I Anledning af en Notits i Hosp.-Tidende om Indförelse af gratis Desinfektion efter Tuberkulose i Nyköbing på Falster oplyser WITTRUP,

at denne Forholdsregel i flere År har väret indfört i Ringköbing Amt og nu delvis er indfört i Aalborg og Hjörring Amt. JACOBY meddeler, at samme Foranstaltning i 4 År har väret indfört i Fredriksberg Kommune. *Ax. Ulrik.*

E. W. WRETLIND: **Om tuberkulosen i Sveriges städer 1891—93 och om profylaktiska åtgärder mot den samma.** Sv. läkaresällsk. förhandl. 1895, s. 189.

E. Almquist.

E. ALMQUIST: **Huru bör mjölkförsäljningen från hygienisk synpunkt lämpligen ordnas?** Landtbruksakad. handl. och tidskrift 1896, s. 209.

E. Almquist.

IVAR ANDERSSON: **Kan skarlakansfebersmitta spridas genom mjölk?** Hälsovårdsför. i Stockholm förhandl. 1895, s. 56.

Förf. belyser utförligt en lokal epidemi i hufvudstaden och framhåller det påtagliga uti, att smittan förts omkring med mjölk.

E. Almquist.

K. LINROTH: **Om våra offentliga skyddsåtgärder mot kolera.** Svenska läkaremötets förhandl. 1895, s. 43.

E. Almquist.

C. E. WALLER: **Några af karantänssystemets fördelar och brister.** Sv. läkaresällsk. förhandl. 1895, s. 33.

E. Almquist.

EDV. LAURENT: **Några iakttagelser om scarlatina.** Hygiea 1896, II, s. 135.

Förf. har hösten 1894 vid Djursholm gjort några etiologiska iakttagelser öfver scarlatina.

E. Almquist.

G. HELLSTRÖM: **Aktinomykosens förekomst hos människan i Sverige.** Sv. läkaremötets förhandl. 1895, s. 153.

E. Almquist.

Berättelser från sjukvårdsanstalter: Beretning om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter i 1895.

Beretning om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter i 1895. København 1896.

St. Hans Hospital for sindssyge (Overläge, Prof. ROHMELL).

Antallet af Patienter ved Årets Begyndelse var 1006 (432 Mänd og 574 Kvinder), ved dets Slutning 1012 (432 Mänd og 580 Kv.). Der indkom 239, afgik 233, behandledes i alt 1245. Sygdomsformen ved Indläggelsen opföres som Melankoli hos 57, Mani hos 34, Forrykthed hos 53, Slövsind hos 88, Idioti hos 7. Samtidig led 33 (20 Mänd og 13 Kvinder) af fremskreden Parese, 6 af Epilepsi. Det bemärkes, at denne Inddelingsmåde, som ikke svarer til den moderne Nomenklatur, medförer, at Forvirringstilfäldene må opföres dels under Mani, dels under Forrykthed. Interessant er Forandringen i Forholdet mellem mandlige og kvindelige Paretikere, som fra tidligere at haveväret som 4 à 5 til 1, nu er som 1,6 til 1. Blandt Årsager opföres Alderdom hos 12, Drik hos 29, Syfilis hos 24, Fattigdom og andre Sorger hos 23, arveligt Anläg hos 82. Sundhedstilstanden god. Som Behandlingsresultater angives, at 56 ere helbredede, 65 bedrede, 18 uhelbredede, 94 döde. Blandt Dödsårsagerne opföres dement. paral. med 33 Tilfälde, Pnevmoni med 12 Tilfälde.

Sindssygeanstalten ved Vordingborg (Overläge HELWEG).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 484, ved dets Slutning 474; der indkom 127, afgik 137, behandledes i alt 611 (301 Mänd og 310 Kvinder). Af gamle, uhelbredelige Tilfälde, som sögte Optagelse, afvistes 31 %. Pladserne for sängeliggende Patienter ere forögede til 50 for Mandsafdelingens Vedkommende (for Kvinderne haves 70 sådanne). To Kvinder og to Mänd ere anbragte i Familjepleje. Hospitalet har fået et Understöttelsesfond, hvorigennem velstående Patienter yde Hjälp til bedre Forplejning af mindre velstillede. Sygdomsformen ved Indläggelsen var Mani hos 40, Melankoli hos 66, Vanvid hos 13, Slövsind hos 6, ikke sindssyg var 1, til Observation 1; samtidig led 7 af progr. Parese (6 Mänd og 1 Kvinde), 1 af Epilepsi. Blandt Årsager opföres arvet Disposition i 85 Tilfälde, Masturbation i 10, Misbrug af Alkohol i 9 Tilfälde. Som Behandlingens Resultater angives, at 67 ere helbredede, 27 bedrede, 9 uhelbredede, 34 döde. Dödsårsagen var i 8 Tilfälde tuberculosis pulmonum.

Sindssygeanstalten ved Middelfart (Overläge LANGE).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 412, ved dets Udgang 415; der indkom 111, afgik 108 og behandledes i alt 523 (266

Mänd og 257 Kvinder). 77 uhelbredelige have måttet afvises. De projekterede Nybygninger ere nu färdige, hvorved der for lang Tid vil rådes Bod på den tilstedevärende Pladsmangel. Sygdomsformen ved Indläggelsen var Mani hos 34, Melankoli hos 43, Forrykthed hos 5, Slövsind hos 27. Desuden led 3 Mänd af progressiv Parese og 1 af Epilepsi. 1 var ikke sindssyg, 1 under Observation ved Årets Udgang. Af de opförte Tilfälde betegnes dog 32 rettest som »Forvirring», hvorved der på Mani kun falder 13, på Melankoli 32. Blandt Årsager opföres Arvelighed i 79, Pubertetsudvikling i 11, Senilitet i 10, Drik i 19, Kontusion af Hovedet i 10, Influenza i 9 Tilfälde. Behandlingens Resultater angives med 46 helbredede, 26 bedrede, 13 uhelbredede, 22 döde, 1 ikke sindssyg.

Sindssygeanstalten ved Århus (Overläge HOLM).

Antallet af Patienter ved Årets Begyndelse var 547, ved Udgangen 551; der indkom 132, afgik 128 og behandledes i alt 679 (332 Mänd og 347 Kvinder). Sygdomsformen ved Indläggelsen var Mani hos 60, Melankoli hos 45, Forrykthed hos 18, Slövsind hos 7; 2 vare ikke sindssyge. Samtidig led 6 Mänd af progr. Parese. Blandt Årsagerne nävnes Arvelighed med 83, Disposition efter tidligere Anfald med 25 Tilfälde, de övrige Årsager med kun enkelte Tilfälde hver. Som Behandlingsresultater angives 51 helbredede, 9 bedrede, 16 uhelbredede, 13 döde, 1 ikke sindssyg.

Sindssygeanstalten i Viborg (Overläge HALLAGER).

Indeholder Nekrolog over Overläge GAD, som döde d. 7 Januar 1895 af erysipelas capitis efter at have väret Overläge i 18 År, fra Juli 1876.

Antallet af Patienter ved Årets Begyndelse var 340, ved Udgangen 338; der indkom 45, afgik 47, behandledes i alt 385 (176 Mänd og 209 Kvinder). Sygdomsformen ved Indläggelsen var Forrykthed hos 16, Slövsind hos 28, periodisk Mani hos 1. Af de afgåede ere 3 udskrevne, 44 döde. Af Dödsfaldene skyldtes de 20 Influenza, som i Marts—April rasede med stor Häftighed både blandt Patienter og Personale.

P. D. Koch.

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXVIII.

N° 22.

S.-E. HENSCHEN: **Sclérose disséminée aiguë, avec névrite, de la moelle épinière, consécutive à la diphthérie chez un enfant.**

Après un aperçu de nos connaissances actuelles quant aux altérations pathologiques qui se produisent dans la diphthérie, et après avoir rappelé qu'il a communiqué antérieurement (*Neurol. Centralblatt* 1886, p. 424, N° 4) un cas d'hémiplégie diphthéritique produite par une embolie cérébrale (hémiplégie droite et aphasie), l'auteur, Mr le professeur HENSCHEN, de l'Université d'Upsal, décrit un nouveau cas ayant revêtu pendant la vie la forme de la myélite, mais s'étant trouvé, à l'autopsie, être une sclérose en plaques combinée avec la névrite, principalement dans les nerfs des jambes.

Une *jeune fille de 14 ans*, auparavant saine, tomba, le 17 mai 1893, simultanément avec plusieurs autres personnes de son entourage, malade d'une *affection aiguë du pharynx* relativement assez bénigne. Pendant 2 jours elle dut garder le lit. Le cinquième jour, *élancements* et fourmillements aux *jambes*, qui souffraient de *tremblements* et de faiblesse. Pas de douleurs ni de sensibilité. *Le 6me jour, elle ne pouvait plus marcher*, et il se produisit une *rétention d'urine*. A son admission à l'hôpital, le 7me jour, elle pouvait néanmoins s'appuyer encore un peu sur ses jambes, mais celles-ci tremblaient quand elle était couchée ou assise.

Le 25 mai, *la paralysie des jambes était presque totale*, et *le tronc anesthétique* jusqu'au thorax. Le 26, le *bras droit fut aussi atteint de faiblesse* et l'anesthésie passa au côté droit jusqu'au 5me interstice costal. Fourmillements au bras droit, mais sans anesthésie. Les *réflexes rotuliens légèrement renforcés*, circonstance déjà observée antérieurement.

Le 28 mai. Rien à signaler dans les nerfs crâniens, sauf que la vision est gravement diminuée à l'oeil gauche, et que les paupières

sont assez difficiles à relever; les pupilles grandes avec une réaction lente. Anesthésie des deux jambes et du tronc jusqu'au thorax, à droite jusqu'au 5me interstice costal. Toutes les qualités de la sensibilité considérablement diminuées, le sens de la chaleur le moins de tous, dans la région anesthétique. Parésie du bras droit et des muscles abdominaux, paralysie des jambes, rétention d'urine. *Actuellement pas de réflexes rotuliens.* La musculature lâche, atrophique. Le bras gauche s'affaiblit aussi pendant les jours suivants; ptosis aux deux yeux. Hyperesthésie à la partie inférieure du visage et du bras droit. La voix nasale, *la corde vocale de droite manque de mobilité;* les muscles du cou paralysés. Diminution de l'irritabilité faradique, avec contractions lentes. Anesthésie du rectum.

11 Juin. Trombose à la jambe droite. La dernière partie du mois, amélioration de la mobilité des bras et des jambes. La sensibilité des jambes commence à revenir. Décubitus. Marasme.

Juillet. État stationnaire; à la fin du mois, bronchopneumonie. *Le 4* août, la mort survient. Tout le temps, la température varie entre 37 et 40° C.

Autopsie.

Outre une dégénération avancée et totale des nerfs des jambes et une dégénération moins développée des bras, on constate de nombreux foyers sclérotiques épars sur toute la longueur de la moelle épinière, moins toutefois dans la *moelle cervicale*, où l'on ne découvre que quelques petits foyers sclérotiques de la grosseur d'une tête d'épingle, mais en même temps une *dégénération secondaire évidente des cordes de Goll. Les altérations de la moelle lombaire* sont moins prononcées que celles de la *moelle dorsale.* Dans la partie inférieure, elles ont surtout détruit irrégulièrement les cordes de GOLL, mais on les rencontre au surplus éparses sur toute la surface de la section transversale, le moins cependant dans les cordes pyramidales. Elles se sont aussi étendues à la substance grise. Dans ces foyers, les filets nerveux offrent une dégénération plus ou moins totale, les cylindres-axes sont souvent conservés, et la limite entre le tissu sain et le tissu malade est loin d'être tranchée. Quand il y a sclérose, les grandes cellules ganglionnaires de la substance grise sont plus ou moins totalement détruites, et le tissu contient de nombreuses cellules de névroglie, ainsi que du tissu de névroglie fibrillaire. Les cellules ganglionnaires de la moelle lombaire sont normales. On rencontre des foyers pareils dans les racines des nerfs à leur sortie de la moelle. Émigration cellulaire abondante autour des vaisseaux; la paroi de ces derniers n'a le plus souvent pas subi d'altérations. Le processus paraît s'être étendu depuis la moelle dorsale tant en haut qu'en bas.

Après avoir démontré qu'il s'agissait ici d'un côté d'une diphthérie légère bénigne, et de l'autre, anatomiquement, d'une sclérose en plaques combinée avec une névrite, Mr HENSCHEN signale cet écart des formes ordinaires, consistant en ce que la paralysie se produisit d'abord dans les jambes et les bras, qu'elle ne se présenta que plus tard au palais et au larynx, que les réflexes rotuliens, d'abord ren-

forcés, disparurent ensuite, et que la vessie était parétique. La nature de la paralysie et surtout le renforcement des réflexes n'autorisaient pas l'établissement du diagnostic sur une polynévrite, mais sur une myélite. Il n'existait pas en général de signes caractéristiques de sclérose en plaques, à l'exception des tremblements qui se présentèrent au début de la maladie, et du renforcement des réflexes.

L'auteur signale ensuite que l'on a rencontré, il est vrai, des cas cliniques paraissant avoir été la sclérose en plaques, 3 fois après la diphthérie, 1 après l'angine tonsillaire (?), et 1 après l'angine phlegmoneuse, mais qu'il n'a été fait d'autopsie dans aucun de ces cas, circonstance importante par la raison que fréquemment le diagnostic clinique de la sclérose n'est pas confirmé par l'autopsie.

Dans le cas actuel, la sclérose se présenta déjà dans le cours de la diphthérie, d'où il suit que sa relation avec cette maladie est particulièrement évidente. Ce cas reçoit un redoublement d'intérêt des expériences auxquelles se sont livrés ENRIQUEZ et HALLION, ainsi que récemment S. CROCQ fils. Ce cas relie les cas cliniques qui viennent d'être mentionnés avec les résultats de l'expérience.

Le cas actuel est ensuite un cas de *sclérose chez un enfant*. Quoiqu'il ait été communiqué de nombreux cas de sclérose en plaques, il n'a pas été constaté jusqu'ici par l'autopsie de cas pareils chez les enfants.

Le cas paraît être le premier cas *aigu* de *sclérose*, et en considération des expériences qui viennent d'être mentionnées, de même que de la présence de la névrite, *la production de la sclérose par des toxines est probable.*

L'image de la myélite est intéressante au point de vue clinique. La cause ne s'en trouve probablement pas dans la circonstance que les altérations offraient une extension telle, mais bien dans celle qu'elles étaient aiguës, les toxines agissant sur la totalité de la section de la moelle, et enfin dans la présence de la névrite. Un commencement de retour des symptômes se produisit de bonne heure.

Au point de vue anatomique, le cas offre l'image typique de la sclérose en plaques. Les cylindres-axes font néanmoins défaut sur certaines taches, ce qui montre que les formes pareilles, *dans lesquelles les cylindres-axes manquent (forme sclérose multiloculaire diffuse), ne doivent pas être différenciées d'avec les formes typiques.* Trois théories sont en présence vis à vis de la pathogénésie de la sclérose en plaques: la théorie interstitielle, la théorie parenchymateuse et la théorie vasculaire.

Dans le cas présent, les parois des vaisseaux n'étaient pas altérées (épaissies), et la moelle épinière offrait l'image d'une inflammation avec émigration de leucocytes dans les gaines des vaisseaux. Or, comme l'on sait que les toxines, et spécialement celle de la diphthérie, qui doit être est sans nul doute amenée à la moelle épinière par les vaisseaux, provoquent l'émigration des leucocytes, la nécrose des gaines nerveuses, et en dernier lieu la prolifération de la neuroglie, Mr HENSCHEN pense que toute cette discussion sur l'origine primaire de la sclérose manque d'importance, et que *les trois théories doivent être*

remplacées par une théorie des toxines. L'intensité du toxique (respectivement de l'inflammation) et la chronicité du processus déterminent quels éléments anatomiques subiront les plus grandes altérations, le tissu conjonctif, les nerfs ou les vaisseaux.

Les cas aigus pareils au cas présent et l'expérience peuvent seuls résoudre la question de la pathogénésie de la sclérose, et non d'anciens cas dont jusqu'ici l'autopsie n'a eu lieu que lorsque les altérations aiguës et les altérations chroniques se trouvaient confondues les unes avec les autres.

La moelle cervicale des cordes de GOLL était atteinte de *dégénération secondaire.*

Résumé.

Le cas qui vient d'être communiqué, présente les particularités, et donne lieu aux conclusions suivantes:

1. C'est un cas rare de sclérose en plaques consécutive à la diphthéric.
2. C'est un cas aigu, qui est unique.
3. Une sclérose pareille a encore à peine été observée chez les *enfants.*
4. Le cas montre l'image clinique de la myélite, explicable par sa marche aiguë.
5. Il fait voir plus clairement que d'autres cas l'intime relation existant entre les maladies infectieuses et la sclérose.
6. L'interprétation la plus facile à donner de ce cas, combiné cliniquement avec d'autres faits, est l'admission de l'action de toxines.
7. Au point de vue *anatomique,* le cas présente l'image d'une inflammation, et appuie anatomiquement l'admission que l'origine primaire des formes aiguës de la sclérose doit être cherchée dans l'action des toxines sur les tissus.
8. La sclérose était combinée avec la névrite, maladie qui fournit l'explication la plus facile de l'extension de la paralysie.

N° 24.

G. NAUMANN: **Sur la tuberculose péritonéale.**

L'auteur, Mr le Dr G. NAUMANN, d'Helsingborg (Suède), a observé 20 cas de cette affection, dont 19 ont été opérés. C'est grâce à la fréquence inouïe de la tuberculose dans les environs d'Helsingborg, qu'il a eu l'occasion relativement si fréquente d'observations pareilles.

Il mentionne la fréquence de même que les rapports de la maladie avec le sexe et l'âge. Parmi les 20 cas de l'auteur, 4 se référaient à des hommes. Son plus jeune sujet avait 18 mois, le plus âgé 64 ans.

Mr NAUMANN expose ensuite rapidement l'étiologie de la tuberculose mentionnée, avec les variations qui se présentent dans son ana-

tomie pathologique, parmi lesquelles il signale un épaississement du péritoine pariétal d'environ 2 cm.

On peut désormais être en droit de considérer la »péritonite noueuse» comme une forme spéciale, mais guérie, de la péritonite tuberculeuse.

Décrivant ensuite en traits généraux les symptômes de la maladie, l'auteur mentionne les différentes divisions cliniques que l'on a essayé d'établir en Allemagne et en France, et il se prononce pour celle proposée par ALDIBERT en 1892.

Mr NAUMANN signale les difficultés souvent inouies qu'offre le diagnostic, ainsi que les circonstances les plus importantes qui peuvent servir de guide.

L'auteur mentionne entre autres qu'il a vu plusieurs cas où la seule manifestation pathologique clinique consistait dans l'exsudation de la cavité abdominale.

Il est souvent impossible d'établir le diagnostic autrement que par exclusion, et s'il ne se présente aucun centre initial de tuberculose dans les poumons, les intestins, les organes sexuels ou les os, on est fréquemment forcé de se contenter d'un diagnostic de probabilité.

Mr NAUMANN passe ensuite aux symptômes physiques caractéristiques de la péritonite tuberculeuse, conseillant l'incision d'essai si tous les autres indices manquent, et cela d'autant plus que d'ordinaire elle constitue à la même fois la meilleure méthode de traitement.

L'auteur estime qu'il est irrationnel d'exiger toujours l'examen bactériologique, cet examen ne pouvant pas être pratiqué dans la règle avant la laparotomie.

Le prognostic ne paraît pas, même dans le traitement expectatif, être aussi défavorable que beaucoup l'ont admis, en ce que, selon PIC, 34 % des enfants et 18 % des adultes ont été améliorés ou guéris par ce traitement.

La laparotomie fournit cependant jusqu'à 70 % de guérisons.

Mr NAUMANN mentionne deux cas récidivants, dans lesquels il a pratiqué la ponction avec avantage. L'un de ces cas était celui d'un jeune garçon, qui a été le second individu mâle opéré après diagnostic.

Dans deux cas d'opérations d'hernies congénitales, l'auteur a vidé l'exsudat par la porte de l'hernie.

Mr NAUMANN expose ensuite les divers procédés de laparotomie applicables aux formes différentes de l'affection et aux variations du prognostic.

Dans le traitement consécutif, l'auteur signale l'importance d'une bonne hygiène, d'un régime convenable etc.

Les contre-indications contre la laparotomie sont principalement fournies par une tuberculose plus avancée dans d'autres organes.

Il a été plusieurs fois constaté, à l'autopsie ou à une laparotomie renouvelée, une guérison même anatomique après la laparotomie.

Comme il est impossible de compter sur une guérison spontanée, l'auteur estime que l'opération est parfaitement autorisée si elle peut agir comme impulsion à la guérison. Les recherches récentes semblent indiquer que c'est le cas.

La laparotomie conduit à des résultats aussi bien dans les formes sèches que dans les formes avec exsudations liquides, et l'effet en doit par conséquent être attribué à une cause commune.

L'auteur estime que cette cause consiste précisément dans l'attaque traumatique produite par la section du ventre, amenant une augmentation considérable de l'afflux du sang dans le péritoine, dont le tissu est si sensible. Par suite, le sérum bactéricide du sang qui pénètre partout, à l'opposé des antiseptiques, arrive en grande quantité en contact avec les bacilles. Mr NAUMANN estime que l'on a eu trop peu égard jusqu'ici à cette impulsion donnée à la guérison.

Cela est toutefois encore loin d'expliquer la guérison après laparotomie. La présence d'autres facteurs importants est encore nécessaire, et les expériences sur des animaux publiées à ce sujet par NANOTTI et BACIOCCHI jettent une vive lumière sur la question.

Ces savants ont produit, par l'injection de matière tuberculeuse, la péritonite chez des chiens et des lapins. Dans les cas où la laparotomie ne fut pas pratiquée, ces animaux moururent au bout d'un certain temps, et il fut constaté que les tubercules avaient gagné les glandes lymphatiques, le foie, les plèvres et les poumons. Grâce à la laparotomie, 7 chiens furent guéris et deux améliorés, tandis que chez deux autres il ne put pas être tracé d'amélioration.

Il fut constaté, à l'examen microscopique, que les bacilles s'émiettaient en grains, et l'on découvrit en outre une phagocytose due à des cellules épithélioïdes de formation récente. Les bacilles tuberculeux avaient perdu leur virulence. Il fut constaté en outre une dégénération des cellules formant les tubercules, et la pénétration dans ces derniers de vaisseaux et de tissu lamineux, par lesquels ils avaient été résorbés et remplacés par du tissu cicatriciel. Cela donnait au péritoine une apparence presque normale, tandis qu'il restait dans d'autres cas des adhésions et des noeuds cicatriciels.

Cette circonstance démontre évidemment, comme on le voit, la transition de la tuberculose à ce que l'on a nommé la »péritonite noueuse», qui doit par conséquent être considérée comme une péritonite tuberculeuse avec guérison démontrée par la voie expérimentale.

OSLER a déjà observé une transformation pareille des tubercules en tisseux lamineux 5 mois après la laparotomie, et JORDAN a fait récemment la même observation. Dans ces deux cas, la tuberculose pouvait encore être pleinement constatée.

L'auteur considère néanmoins comme probable que la formation d'adhérences exerce aussi un certain rôle dans la guérison. On rencontre fréquemment des adhérences dans les opérations, et il en a été observé dans 45 % des autopsies.

Les résultats des recherches les plus récentes peuvent se résumer dans les deux points suivants:

1. La péritonite chronique avec noeuds de tissu lamineux, dans lesquels il ne peut pas être tracé de bacilles ni directement ni par la voie bactériologique, est une tuberculose péritonéale guérie où il peut cependant encore exister une exsudation liquide.

2. L'afflux de sérum sanguin dû à la lésion traumatique, donne probablement le premier, après la laparotomie, l'impulsion de la guérison, en ce qu'il nuit aux bacilles. Vient ensuite l'inflammation réactionnelle avec migration de corpuscules blancs, et une nouvelle formation de vaisseaux et de tissu lamineux, avec résorption des cellules dont les tubercules se composent. Dans cette inflammation, la naissance d'antitoxines aussi bien que la phagocytose constituent, selon toute probabilité, des facteurs importants pour la destruction des bacilles.

Mr NAUMANN exprime en dernier lieu l'avis que la lumière apportée par les recherches les plus récentes sur la marche de la guérison après la laparotomie contre la tuberculose péritonéale, doit fortement contribuer à augmenter la confiance dans ce traitement, le plus rationnel de tous, de la péritonite tuberculeuse.

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. N:r 27.

Bidrag til Lären om tuberkulös meningitis spinalis og akut leucomyelitis.

(Meddelelse fra Kommunehospitalets 3dje Afdeling: Overläge, Dr. med. JOH. MYGGE.)

Af

Dr. med. H. JACOBÄUS.

Med 1 Tavle.

Det er en Erfaring, som göres af enhver, der arbejder med et större klinisk Materiale, at de typiske, skolerette Tilfälde vel forefalde med en vis relativ Hyppighed, men at man dog meget ofte träffer Tilfälde, som i en eller anden Retning afvige fra Typen, og dette gälder også for de Sygdomme, der henregnes til de dagligdags forekommende. Årsagen hertil må vel til Dels söges deri, at Opstillingen af et Sygdomsbillede altid til en vis Grad betyder en Abstraktion; men det er også en klinisk Erfaring, at Sygdommene i Tidernes Löb forandre Karakter indenfor visse Gränser, og da det såkaldte klassiske Billede i Fölge Sagens Natur domineres af äldre Forfatteres Anskuelse og Opfattelse, fremkommer herved en mere eller mindre betydelig Inkongruens, mellem hvad der opstilles som Type for en given Sygdom og dens kliniske Former. Det er vel og vil vel altid väre nödvendigt, väsentligt af didaktiske Hensyn, at fastholde såkaldte klassiske Sygdomsbilleder; men samtidigt må man fremhäve så vel deres abstrakte Karakter som de mere eller mindre afvigende Former, der jo nästen udgöre Hovedmassen af de klinisk iagttagne Tilfälde og derfor fortjäne al mulig Opmärksomhed. Hermed er også givet Beret-

tigelsen til at offentliggöre särligt ejendommelige og afvigende Tilfälde; ti det kan väre Undersögerens Kundskab om Forekomsten af slige meget atypiske Former, der i vanskelige Tilfälde leder Diagnosen i den rigtige Retning; i efterfölgende Sygehistorie have vi et Exempel på en anomal Form af en almindeligt forekommende Sygdom.

J. G. A., 36 År, Enke. Indl. $^{17}/_{10}$ 95, död $^{3}/_{11}$ 95.

Patientens Moder og en Broder ere döde af Lungetuberkulose; som Barn har hun lidt af Skrofulose; i mange År har der väret gastriske Forstyrrelser med sviende Smerter i cardia, strålende op mellem Skulderbladene; Opkastninger efter Måltiderne og träg Afföring. Fra $^{13}/_{11}$ til $^{17}/_{12}$ 91 behandledes hun på Kommunehospitalets 3dje Afdeling for en venstresidig exsudativ pleuritis med Punktur og påfölgende Aspiration; der fandtes da en ganske let Infiltration af höjre Lungespids (lidt kortere Tone). Pat. udskreves helbredet. Menses indfandt sig i 16 Års Alderen, have väret regelmässige, ledsagede af molimina; hun har födt fem Gange; de fire Födsler ere forlöbne normalt; af Börnene lever kun ét. Sidste Födsel $^{24}/_{8}$ 95. Barnet kom en Måned for tidligt og döde kort Tid efter Födslen under Kramper. Hun lå i tre Uger efter partus med Feber, Blödninger og purulent Udflod fra vagina; ingen Smerter i Underlivet. Tre til fire Dage efter at hun var kommen op, blev hun atter syg, fik Kulderystelser, Smerter i Ryggen, begyndte at hoste og blev kortåndet; der var jävnlig Opkastninger, som sädvanlig indfandt sig efter Hosteanfald; en enkelt Gang vil hun have haft en mindre Hämatemese; ikke melæna. Appetiten var dårlig, Afföringen stadig träg. Hun var meget mat og afkräftet, men gik dog oppe og passede sit Arbejde indtil 8 Dage för Indläggelsen, da hun pludselig fik häftige Smerter over Länderne og måtte gå til Sängs. Smerterne indfandt sig navnlig om Natten; ingen Vanskeligheder ved Vandladningen, ingen Smerter i Extremiteterne; under hele Sygdommen stärke subjektive febrilia.

$^{18}/_{10}$ $\frac{38,6}{37,7}$. P. 96. Ingen Sövn i Nat; har klaget over jagende Smerter over Länder og Hofter. Urinen indeholder ingen albumen, Blod eller Sukker. Der har ikke väret Hoste eller Smerter i Brystet; hun har törstet en Del, men ikke nydt fast Föde; 2 Gange naturlig Afföring. Udseendet febrilt og nervöst. Ingen Stivhed af Nakken. Tungen hvidlig belagt på Midten. Der er stärk Ömhed for Tryk på bägge symphyses sacro-iliacæ og bagved bägge trochanteres majores; under höjre Kurvatur er der Dämpning i en Håndflades Udsträkning, og der föles her en Udfyldning, der når ned til Umbilikaltransversalen; den kan ikke palperes bimanuelt og synes at väre höjre Leverlap (Snörelever). Miltspidsen ikke fölelig; men Dämpningen går fra 8de costa til Kostoklavikulärlinjen; ingen roseola. Undersögelsen af Hjärtet viser intet abnormt; P. omtr. 108, lille, blöd, ikke dikrot. Der er let tympanitisk Dämpning fra apex til 3dje costa på höjre, til 2det

på venstre Side, hvor der höres en Mängde middelfine, fugtige og subkrepiterende Rallelyd; på Brystets Bagflade findes lette Dämpninger omkring spinæ scapulæ; kun ringe avskultatorisk påviselige Forandringer. Pat. rejser sig uden Vanskelighed over Ende; i siddende Stilling er der stärk Ömhed på os sacrum; men der föles intet abnormt. Ved exploratio vaginalis föles portio vaginalis höjtstående, bagtil rettet, noget kort; orificium präsenterer sig som en lukket Tvärspalte; der er ingen Ömhed eller Udfyldning i Parametrierne, og corpus uteri synes ikke forstörret, ligesom det er frit bevägeligt; på Forfladen af os sacrum föles intet abnormt ved Rektalexplorationen. — Rp. Pulv. antipyrini. ½ Gm Morgen og Aften. Halvfeberkost + ½ Pot Mälk.

$^{19}/_{10}$ $\frac{38}{38,3}$. Har sovet lidt og afbrudt; klager stadig over Smerter i regio sacralis; disse beskrives närmest som nevralgiforme. Vandladningen fri; ingen Hoste eller Expektorat.

Hun er ved Stuegangen stärkt klagende, Huden däkket af Sved; Tungen tör. Der holder sig Ömhed ved Tryk på symphyses sacroiliacæ; ligeledes föler hun stärkere Smerter, når hun sidder over Ende, og når Bäkkenet sammentrykkes fra Side til Side; aktive og passive Bevägelser af Underextremiteterne volde ikke Smerter.

$^{20}/_{10}$ $\frac{39}{38,5}$. Fik i Går efter Stuegang Tincturæ Thebaicæ guttas 10. Var rolig til i Går Eftermiddags Kl. 5½, da Smerterne atter begyndte; fik i Aftes injectio morphica Centigram ¾, har derefter kun sovet lidt; i Morges Klokken 5 atter häftige Smerteanfald; der holder sig stärk Ömhed i Sakrolumbalpartiet. Bevägelserne i Hofteleddet fri. Afföring efter Olje.

$^{21}/_{10}$ $\frac{39,1}{39}$. Har fået flere Morfinindspröjtninger, men kun kortvarig Ro derefter; i övrigt klaget meget stärkt; ved Stuegangen jamrer hun sig höjt, er däkket af kold Sved. Ömheden af Sakrolumbalpartiet stadig meget betydelig.

$^{22}/_{10}$ $\frac{39,4}{38,7}$. Morfinindsprötjninger (på 1,5 Cgm) fremkalde stadigt kun forbigående Lindring; i övrigt klager hun nästen uafbrudt over Smerter dels i Sakrolumbalpartiet, dels også over Smerter på Dorsalsiden af bägge Födder, hvor der i övrigt ikke opdages noget abnormt. Der har tillige udviklet sig noget Besvär ved Vandladningen, idet hun trods tenesmi må vänte länge, inden Vandet kommer. Der foretages Kateterisation, og der udtömmes omtr. 350 Kcm. ravgul Urin.

$^{23}/_{10}$ $\frac{38,8}{38,3}$. Stadigt häftige Smerter og kun ringe Virkning af Indsprötjningerne. Stärk Sved; flere Småopkastninger. Patienten er fuldständigt klar. Der holder sig Smerter og Ömhed på Fodryggene; men hun formår at beväge Underextremiteterne frit.

$^{24}/_{10}$ $\frac{37,7}{37,2}$. Smerterne uforandrede. Urinen må tages med Kateter, indeholder ikke albumen. Der er ingen Nakkestivhed; men der er stärk lordotisk Krumning af columna lumbalis.

$^{25}/_{10}$ $\frac{36,8}{37,7}$. Har klaget stärkt i Nat trods injectio morphica Centigram 2,5.

Afföringen meget träg trods forskelligartede laxantia.

$^{26}/_{10}$ $\frac{37,8}{38}$. Har klaget noget mindre, väret en Del urolig, er til Morgen let desorienteret; der er tydelig opistotonisk Krumning af columna, Nakkestivhed og Ömhed for Tryk så vel af de lumbale som af de dorsale og cervikale processus spinosi. Pupillerne reagere trägt, Patellarreflexerne ere ophävede. — Rp. Chapmans Ispose.

$^{27}/_{10}$ $\frac{39,4}{38}$. Ringe Ro i Nat; nyder meget lidt. Ingen Tänderskären eller Kramper. Nakkestivhed og opistotonisk Krumning af Ryggen holde sig. Patienten formår i Dag ikke at löfte Underextremiteterne, og disse ere stärkt hyperästetiske.

$^{28}/_{10}$ $\frac{36,5}{37,7}$. Har kastet op et Par Gange; klager over Hovedpine. Pupillerne reagere ikke for Lysindfald.

$^{29}/_{10}$ $\frac{37,9}{37,5}$. Mere Ro i sidste Dögn; en enkelt Gang er iagttaget Skelen. Urinen må stadigt tages med Kateter; indeholder ikke albumen. Öjeaxerne deviere noget; men der er ikke udtalt strabismus. Patienten er uklar, Udtrykket slövt, Blikket stirrende; tydelig Cyanose. Pulsen lille og frekvent. Hun kan ikke beväge Underextremiteterne.

$^{30}/_{10}$ $\frac{38,2}{38,2}$. Klager til Morgen särligt over Smerter i crura; der er betydelig Hyperästesi; på os sacrum er fremkommet en omtr. Örestor dekoloreret Plet.

$^{31}/_{10}$ $\frac{38,2}{37,4}$. Til Morgen stärke Smerter i Underextremiteterne og Ryggen; er stadigt uklar.

$^{1}/_{11}$ $\frac{38,6}{38,7}$. Er mindre klagende; har i sidste Dögn kun fået én Morfinindspröjtning.

$^{2}/_{11}$ $\frac{39,1}{37,4}$. Stärk Nakkestivhed; betydelig Cyanose. Hjärteaktionen meget frekvent, Puls utällelig. Decubitus breder sig. Underextremiteternes Muskler ere stive og ömme; hun kan slet ikke beväge Benene. Hudhyperästesien holder sig.

$^{3}/_{11}$. Pat. faldt mere og mere sammen og döde Kl. 1½ Nat.

Sektion $^{4}/_{11}$ 96.

Liget afmagret; rigor tilstede, rigelig Hypostase.

Dura mater noget spändt, gyri applanerede, sulci lineäre; på basis cerebri findes i de blöde Hinder navnlig om chiasma og i fossæ Sylvii et gulgråt, gelatinöst Exsudat, hvori talrige miliäre Gryn. Sideventriklerne noget udvidede af klar serös Vädske; Hjärnemassen fugtig, med talrige Blodpunkter. I Rygmarvens blöde Hinder findes, navnlig på

Bagfladen, sträkkende sig fra den överste Del til cauda equina, et lignende Exsudat som på basis cerebri, der sammenlodder Membranerne og når sin störste Tykkelse svarende til Rygmarvens nedre Parti, hvor det danner et flere Millimeter tykt Lag om Marven; denne selv viser makroskopisk intet abnormt.

Hjärtet er lille, slapt og mört; Myokardiet gråliggult. I bägge apices pulmonum äldre ftisiske Processer, i venstre en lille glatvägget Kaverne; bägge Lunger gennemsåede af spredte miliäre Gryn.

Milten forstörret, Vävet mörkerödt, henflydende, uden miliäre Aflejringer.

Leveren viser en tungeformet forlänget höjre Lap; på den konvexe Flade ses en svagt udtalt Snörefure, der fortsätter sig over på Ventriklen; i Vävet selv spredte miliäre Gryn.

I Ventriklen stjärneformede Cikatricer, svarende til Snörefuren. Nyrernes Väv slapt og gråligt, uigennemsigtigt; på Overfladen flere miliäre Gryn.

Venstre tuba stärkt forlänget og udvidet, navnlig den perifere Halvdel, der er opfyldt af kaseöse Masser. Uterus lille og slap. Endometriet viser udbredte ulcera, for störste Delen med faste kaseöse Belägninger, sträkkende sig fra fundus til orificium internum, hvor Affektionen ender med en skarp Rand.

I nederste Del af ileum, i cœcum og colon adscendens indtil ärtestore tuberkulöse Sår.

Sektionsdiagnose: Tuberculosis pulmonum cavernosa sin.; tuberculosis miliaris pulmonum, hepatis, renum; salpingitis et endometritis tuberculosæ; cicatrices ventriculi; prolongatio lobi dextri hepatis; degeneratio myocardii; leptomeningitis cerebro-spinalis tuberculosa.

Det drejer sig i dette Tilfälde om et tuberkulöst disponeret Individ, som i mange År havde lidt af Ventrikeltilfälde og omtr. 4 År för Indläggelsen gennemgået en muligtvis tuberkulös exsudativ pleuritis; i Tilslutning til en Födsel blev hun febril, fik uregelmässige Blödninger og purulent Vaginalflod. Denne endometritis puerperalis, som man vel har Ret til at diagnosticere, forlöb i det väsentlige på tre Uger; få Dage senere begyndte Patienten atter at febricitere, fik Smerter i Ryggen, Hoste og blev kortåndet, ligesom Almentilstanden forvärredes og hun följte sig meget mat og afkräftet; disse Symptomer skyldes vel utvivlsomt den ante og post mortem vel konstaterede Lungetuberkulose. Som så mange Ftisikere af den ubemidlede Klasse holdt hun sig oven Sänge og forsögte at passe sit Arbejde indtil otte Dage för Indläggelsen ($^{17}/_{10}$), da der indtrådte et nyt Symptom, nemlig häftige Smerter i regio lumbo-sacralis. Ved Undersögelsen på Hospitalet fandtes utvivlsomme Tegn på en dobbeltsidig Ftise og Patienten led

af overordentlig häftige Smerter i regio sacralis, som dels vare spontane, dels fremkaldtes ved Forsög på at sidde over Ende og ved Sammentrykken af Bäkkenet fra Side til Side, ligesom hun var meget öm ved Tryk på os sacrum og symphyses sacro-iliacæ. I de fölgende Dage vare Smerterne meget intense, dulmedes kun forbigående af indtil 2,5 Cgm Morfin subkutant; $^{22}/_{10}$ begyndte hun at klage over Smerter på bägge Födders Dorsalside, hvor der var fremträdende Hyperästesi, medens Underextremiteterne holdt sig frit bevägelige; $^{24}/_{10}$ optrådte Urinretention, ligesom der udviklede sig en betydelig Lordose i Lumbalpartiet; $^{26}/_{10}$ viste Patienten sig for förste Gang desorienteret; Ömheden indtog nu også columnas Dorsal- og Cervikalparti, ligesom der var begyndende Nakkestivhed; $^{27}/_{10}$ Paralyse af Underextremiteterne; stärk opisthotonus; $^{28}/_{10}$ Opkastninger, Hovedpine, Pupilstivhed; $^{30}/_{10}$ begyndende decubitus; $^{3}/_{11}$ Död Kl. 1½ Nat.

Sammenholdes det kliniske Billede med Sektionsfundet, kan der vel ikke väre Tvivl om, at de meget häftige lumbosakrale Smerter skyldtes en Tuberkulose i Hinderne om cauda eqvina og nederste Del af medulla spinalis, samt at Meningiten herfra er ascenderet og efter först at have angrebet Rygmarvens dorsale og cervikale Del er gået over på basis cerebri. Man kunde måske gå videre i Tydningen af Tilfäldet og opstille som en ret rimelig og sandsynlig Hypotese, at medulla spinalis var bleven inficeret fra Genitaltuberkulosen. Man kender jo i Virkeligheden Tilfälde, hvor en ikke tuberkulös Betändelsesproces i og om genitalia interna, vist nok gennem Nervernes Lymfespalter, forplanter sig til Spinalkanalen og Rygmarshinderne. Hos vor Patient fandtes der vel en udbredt Miliärtuberkulose og altså, om man vil, en Infektion af Blodvädsken, og en Efterforskning af de särlige Veje, den tuberkulöse Infektion har fulgt, synes derfor at väre en temmelig umulig Opgave. Ser man imidlertid närmere på Sygehistorien, viser det sig, at Smerterne i over fjorten Dage holdt sig udelukkende til Lumbodorsalpartiet; derefter angrebes i hurtig Räkkefölge Hinderne om den höjere liggende Del af medulla spinalis og basis cerebri. Når således Meningealaffektionen ikke blot begynder om cauda eqvina, men endog gennem flere Uger holder sig isoleret her, bliver det naturligt at sätte den i Forbindelse med den vel langt hyppigere, men dog ingenlunde almindelige endometritis og salpingitis tuberculosa. Til-

fäldets *Patogenese* bliver da sandsynligvis fölgende: Fra Respirationsorganerne, der jo i nästen alle Tilfälde danne Indgangsporten for Tuberkelinvasionen, er Infektionen, gennem en bacillär Emboli, bleven forplantet til genitalia interna, der på Grund af den forudgåede Födsel med påfölgende Puerperalinfektion have våret i en for Smitten modtagelig Tilstand; herefter er den nedre Del af meninges spinales bleven inficeret, og per continuitatem er Tuberkulosen skreden videre gennem Spinalkanalen op til Hjärnens Underflade; disse udbredte, men lokale, tuberkulöse Affektioner have så på et ikke nöjere bestemmeligt Tidspunkt kompliceret sig med en universel Tuberkeleruption.

Diagnosen af Tilfäldet fremböd ikke ringe Vanskelighed; den stetoskopiske Undersögelse viste vel en utvivlsom phthisis pulmonum, og efter nogle Dages Observation var Diagnosen: meningitis spinalis, ligeledes sikker; om denne sidste Lidelses Natur kunde der imidlertid våre Tvivl; ti, som Sygehistorien viser, havde Patienten nogen Tid forud gennemgået en puerperal Infektion, og det var da muligt, at Meningiten var forplantet fra et Betändelsefocus om genitalia. Denne Supposition stöttedes til Dels indirekte derved, at en tuberkulös meningitis, der begynder ved den *nederste* Ende af Rygmarven, hörer til de overordentlig själdne Affektioner.

Som bekendt, särligt efter Afhandlinger af Chantemesse [1]) og Boix, [2]) viser den tuberkulöse meningitis hos voxne sig ofte under Former, der ere vidt forskellige fra det hos Börn så hyppigt iagttagne Symptomkomplex. Jaccoud [3]) har endog kunnet sige, at kun den dödelige Udgang var fälles for voxnes og Börns tuberkulöse meningitis, alt andet forskelligt. Heri ligger dog vist nok en Overdrivelse, idet mange Tilfälde hos voxne i alt väsentligt forlöbe som det store Flertal af Meningiter hos Börn, hvad der er ret iöjnefaldende, når man gennemgår Materialet fra en större Afdeling; de i Literaturen beskrevne Tilfälde ere unägtelig meget afvigende, hvad der jo forklares fuldt ud derved, at det hovedsagelig ere de atypiske og ejendommelige Tilfälde, der offentliggöres.

---

[1]) Chantemesse: Étude sur la méningite tuberculeuse, les formes anomales en particulier. Thèse de Paris 1884.

[2]) Boix: Contribution à l'étude de la tuberculose méningée de l'adulte. Revue de médecine 1893.

[3]) Jaccoud: Leçons de clinique médicale de la Pitié 1883—1884.

De forskellige Former af tuberkulös meningitis, man har beskrevet, ere meget talrige; men mange repräsenteres kun af et enkelt Tilfälde; stundom begynder Sygdommen som en akut morbus mentalis, og da ofte under Billedet af delirium tremens (JACCOUD);[1] i andre Tilfälde er det väsentlige Symptom epileptiforme og tetaniforme Kramper eller apoplektiforme Insulter; i atter andre, särligt hos gamle Mennesker, er Sygdommens Udvikling nästen latent: lidt Hovedpine, enkelte Opkastninger og dödelig Kollaps udgöre Sygdomsbilledet; man har endog iagttaget Tilfälde, hvor Patienterne have passet deres Arbejde indtil tredive Timer för Döden og pludseligt ere blevne angrebne af Konvulsioner og Delirier med påfölgende letal coma; post mortem er der da fundet udtalte tuberkulöse Forandringer i meninges (HEUBNER).[2]

En af de själdneste blandt disse anomale Former er den såkaldte *spinale*, karakteriseret ved, at der, för der optråder svårere cerebrale Forstyrrelser, findes et Stadium med Symptomer på en Lidelse i meninges medullæ spinalis. Formen omtales af CHANTEMESSE[3]) og BOIX.[4]) LEUBE[5]) refererer en ejendommelig Sygehistorie, hvor der hos en ung phthisica optrådte Smerter i Nakken ved Bevägelser, derefter Svaghed i venstre Arm med Nedsättelse af Föleåvnen; i hurtig Udvikling angrebes på samme Måde höjre Ben, samtidigt med at columna blev meget stiv og smertefuld. Senere Svaghed i höjre Hånd, uvilkårlige Sträkkebevägelser i Extremiteterne, Dysuri og Obstipation. Efter et flere Måneder varende Forlöb svandt Symptomerne nästen fuldständigt, og Patienten udskreves; hun var så rask i godt et År, da Ftisen blussede op og kompliceredes med en hurtigt forlöbende meningitis tuberculosa cerebri; i Rygmarvens Hinder fandtes mikroskopisk Tegn på overstået Betändelse. REINHOLD[6]) omtaler ganske korteligt et Tilfälde, hvor der först var rent spinale, senere cerebrale Symptomer.

Et särdeles prägnant Exempel på denne ejendommelige Sygdomsform have vi i foranstående Sygehistorie, der nästen

---

[1]) JACCOUD: Leçons de clinique médicale de la Pitié 1886—87.

[2]) HEUBNER: Eulenburgs Encyclopædie. Artikel: Gehirnhäute.

[3]) CHANTEMESSE: S. St.

[4]) BOIX: S. St.

[5]) LEUBE: Specielle Diagnose der inneren Krankheiten II, 1895.

[6]) REINHOLD: Klinische Beiträge zur Kentniss der akuten Miliärtuberkulose und tuberkulösen Meningitis. Deutsches Archiv für klinische Medicin, 1891.

fuldständigt däkker den af BOIX [1]) givne Skildring af Symptomkomplexet ved den tuberkulöse Meningits spinale Form: Smerter over Länderne, spontane og ved Tryk, irradierende ud i Extremiteterne eller fortil i Form af Bältefornemmelse, kutan Hyperästesi, först Paraparese, senere mere eller mindre komplet paraplegia inferior, Spasme eller Slappelse af Sfinktererne. Alle disse Symptomer fölge mere eller mindre regelmässigt efter hverandre; derefter kommer Stivhed af truncus, Parese af Armene, cerebrale Forstyrrelser.

Mindre själdent end den spinale, ascenderende Form af den tuberkulöse meningitis finde vi en *samtidig Lidelse af meninges cerebri et medullæ spinalis*, ja stiller man sig på et patologisk-anatomisk Standpunkt, er denne Form utvivlsomt den hyppigste. Medens LEYDEN [2]) angiver, at den tuberkulöse meningitis spinalis og cerebrospinalis hörer til de själdnest forekommende Sygdomstilfälde, ere de moderne Forfattere af en ganske anden Mening. Allerede 1870 havde LIONVILLE [3]) påvist den hyppige Forekomst af tuberkulöse Forandringer i Rygmarvens Hinder, og andre Undersögere, särligt SCHULTZE, [4]) have stadfästet Rigtigheden heraf. End videre har i den nyeste Tid den så meget omtalte explorative Punktur af Duralsäkken efter QUINCKE vist Rygmarvshindernes overordentlig hyppige Medliden ved den såkaldte basilärmeningitis, idet LICHTHEIM [5]) konstant finder Baciller i Punkturvädsken, FÜRBRINGER [6]) i 27 af 37 Tilfälde, og fra Tilstedevärelsen af Baciller tör man vel også slutte til bacilläre Forandringer. Overensstemmende med disse Erfaringer angive moderne Forfattere (OPPENHEIM, [7]) HEUBNER, [8]) GUINON), [9]) at den tuberkulöse meningitis spinalis

[1]) BOIX: Anf. St.

[2]) LEYDEN: Klinik der Rückenmarkskrankheiten 1874—76.

[3]) LIONVILLE: Contribution à l'étude de la méningite cérébrospinale tuberculeuse. Archives de physiologie normale et pathologique 1870.

[4]) SCHULTZE: Ueber das Verhalten des Rückenmarks und der Rückenmarksnerven bei akuter Bacillärmeningitis. Berliner klinische Wochenschrift 1876.

Samme: Zur Symptomatologie und pathologischen Anatomie der tuberkulösen und entzündlichen Erkrankungen und der Tuberkel des cerebrospinalen Nervensystems. Deutsche Archiv f. klinische Medicin 1880.

[5]) LICHTHEIM: Zur Diagnose der Meningitis. Berliner klinische Wochenschrift 1895.

[6]) FÜRBRINGER: Zur klinischen Bedeutung der spinalen Punction. Berliner klinische Wochenschrift 1895.

[7]) OPPENHEIM: Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1894.

[8]) HEUBNER: Anf. St.

[9]) GUINON: Traité de médecine, Tome VI. Article: Méningite tuberculeuse.

särdeles ofte eller nästen altid ledsager den cerebrale; medens Forandringerne i Hovedmassen af Tilfäldene ere mest udtalte på Hjärnens ventrale Flade, ere de for Rygmarvens Vedkommende som Regel stärkest langs sulcus post.

Det er jo noksom bekendt, at de *sekundäre Forandringer i Hjärnen* i mange Tilfälde af tuberkulös meningitis ere särdeles iöjnefaldende, endog i den Grad, at man i tidligere Tid ganske overså de primäre Forandringer i Hinderne; her skal blot nävnes den ofte meget betydelige hydrocephalus internus og Sammenvoxningen af pia med Hjärnens Overflade, Injektionen og Emollitionen så vel af Kortikalsubstansen som af Ventriklernes Vägge. Nöjere Undersögelser have lärt os, at der også i Dybden af Hjärnemassen findes fremträdende Forandringer, dels Proliferation af Nevrogliet (HAYEM), dels, särligt i corpora striata, större og mindre Emollitioner, oftest sammen med Hämorragier, hvilke sidste også kunne bestå isolerede; disse Läsioner af Hjärnestammen har man udledt af en endarteritis tuberculosa i de lidt större Endegrenc af art. fossæ Sylvii (RENDU,[1]) REINHOLD.[2])

* De i övrigt ret fåtallige Undersögelser af medulla spinalis ved basilärmeningitis have nu vist, at *også Rygmarven undergår sekundäre Forandringer*, som imidlertid kun ere synlige ved Mikroskopets Hjälp; i Fölge SCHULTZE,[3]) der särligt har beskäftiget sig med dette Spörgsmål, finder man i Randgebeterne Karudvidning med Celleinfiltration, ofte gruppevis opträdende foci, hvor Axecylindren er svullen og Marvkappen henfalden, derimod Centralkanalen og dens Omgivelser uden sygelige Forandringer.

Undersögelser af Rygmarvens Forhold ved den tuberkulöse meningitis cerebrospinalis ere imidlertid, som nävnt, lidet talrige og ere desuden foretagne efter Metoder, der nu ikke menes at give fuldt pålidelige Oplysninger om Forandringerne i de nervöse Dele; derfor turde den mikroskopiske Undersögelse af Rygmarven i vort Tilfälde, foretagen efter WEIGERTS Metode, have Krav på nogen Interesse. Uden at der gås när-

---

[1]) RENDU: Recherches cliniques et anatomiques sur les paralysies liées à la méningite tuberculeuse. Paris 1873.

[2]) REINHOLD: Anf. St.

[3]) SCHULTZE: Anf. St.

*) *Anm.* Dette Afsnit er benyttet, om end i forandret Form, til en Meddelelse i medic. Selskab med Demonstration af Präparater (9de Möde 18/2 96).

mere ind på Metodens Teknik, som her hjemme er udförligt omtalt af KOCH, [1]) skal der blot bemärkes, at det, man opnår, er at få en intensiv sort til mörkeblå Farvning af alle Nervetråde med normal Marv, og Metoden giver derfor et meget pålideligt Skön over sygelige Forandringer i disse; tillige vil man også kunne se lidt mere fremträdende Forandringer af Kar og Nerveceller; med Anvendelse af kun ringe Forsigtighed lykkes Präparaterne altid (EDINGER). [2])

Som sädvanligt ved akute Forandringer i Rygmarven lod Härdningen noget tilbage at önske, så at Marven ikke lod sig skäre i meget tynde Snit, ligesom disse viste nogen Tilböjelighed til Spaltedannelse. Efter at vare farvede og differentierede viste Snittene ret iöjnefaldende Forandringer. Navnlig ved Sammenligning med Normalpräparater var det let at se, at der i Sakrolumbal- og Dorsalpartiet fandtes fremträdende Svund af marvholdige Nervetråde. De sväreste Forandringer sås imidlertid i *intumescentia cervicalis* (se vedföjede Tavle: överste Billede); her viste hele Marvens Cirkumferens sig allerede makroskopisk fuldständigt degenereret, präsenterede sig som en lysegul Brämme uden om det mörkfarvede Centralparti; under Mikroskopet så man perifert et Bälte, hvor der så at sige ikke fandtes en eneste normal marvholdig Nervetråd, men vel nogle, til Dels svulne Axecylindre, omgivne af Rester af Marv; derefter kom en Zone, hvor der optrådte spredte mörktfarvede Nervetråde og endelig den nästen normale centrale Del. Cellerne i Forhornene vare talrige og af normal Form, de fine Trådnet mellem dem tegnede sig ualmindelig fint og skarpt. På alle Snit fandtes en tydelig *hydromyelus*, om end Udvidningen var meget moderat; i Cervikalpartiet sås således en Tvärspalte med bevaret Epitel, i de lavere liggende Partier var Centralkanalen forstörret, men havde bevaret sin Form og var fyldt med Detritusmasser.

Der er visse Ejendommeligheder ved dette mikroskopiske Fund. De meningeale Forandringer vare svärest i Lumbosakralregionen, og i Fölge Sygehistorien kan der heller ikke väre Tvivl om, at de dèr havde bestået längst; man skulde da a priori vänte de betydeligste Läsioner i medullas nedre Del; men det viste sig tvärtimod, at Randmyeliten var langt mere fremträdende i Cervikalpartiet. Det er vel ligeledes utvivlsomt, at de marginale Läsioner sidstnävnte Sted direkte skyldes Forandringerne i de omkringliggende meninges, ere betingede af Kompressionen eller snarere hidröre fra en di-

---

[1]) KOCH: Undersögelser om nervus hypoglossus' Udspring og Forbindelser i medulla oblongata. 1887.

[2]) EDINGER: Vorlesungen ueber den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere. 1893.

rekte Overgriben af Betändelsen på Marven; man kunde jo nemlig vare fristet til at söge Forklaringen til de påfaldende stärke Forandringer i intumescentia cervicalis i den ejendommelige Egenskab hos visse Trådsystemer, at de degenerere i opadstigende Retning. C. LANGE [1]) har allerede i 1872 påvist, at Läsioner af Bagrödderne i Lumbalregionen, som også i vort Tilfälde väre ret fremträdende, medföre Degeneration af de GOLLske Stränge i Halspartiet; et Blik på Bill. I viser imidlertid, at hele den perifere Del af Marven er degenereret, höjre Side relativ mindst, således at Degenerationen i lige Grad har angrebet nedad- og opadstigende Trådsystemer; fremdeles er det kun den perifert liggende Del af Trådmasserne omkring sulcus posterior, som ere degenererede, den centrale er fuldständig uskadt.

Det skal end videre fremhäves, at der ikke er fundet Tegn på en Lidelse af de relativt större Arteriegrene i Form af endarteritis med Trombedannelse, hvilke man som omtalt har tilskrevet en stor Rolle i de sekundäre Hjärneforandringers Patogenese; ti i så Fald vilde Degenerationen sikkert väre optrådt på en mere uregelmässig Måde, og der måtte også väre Forandringer i den grå Substans; denne får jo som bekundt sit arterielle Blod fra Grene fra art. spinalis anterior, med Undtagelse af Baghornene, der forsynes af art. spinalis posterior.

Må vi således sige, at der ved den Sygdom, som tyske Forfattere med Forkärlighed benävne »basilärmeningitis», som Regel findes en Lidelse i meninges medullæ spinalis og Marven selv, bliver Spörgsmålet, om disse meningo-myelitiske Forandringer også give sig Udslag i kliniske Symptomer. Det er jo sikkert nok, at man ved visse Former af Sygdommen har udtalte spinale Symptomer: Den her refererede Iagttagelse afgiver jo et fyldestgörende Exempel i så Henseende; på den anden Side er det Regelen, at utvivlsomt spinalt betingede Funktionsforstyrrelser ere langt mere fremträdende ved den ikke tuberkulöse cerebro-spinale meningitis. Vi möde her store Vanskeligheder, idet de spinale Symptomer kunne däkkes af de cerebrale; den sväre Forstyrrelse af Bevidstheden spiller således en stor Rolle, idet den umuliggör nöjere Undersögelse, og for mange nervöse Symptomer gälder det, at de kunne have

---

[1]) C. LANGE: Om Ledningsforholdene i Rygmarvens Bagsträngе samt nogle Bemärkninger om Patologien af tabes dorsalis. Nord. med. Arkiv, 1872.

så vel en cerebral som en spinal Oprindelse; i et givet Tilfälde vil man altid väre tilböjelig til at henföre dem til den svära Hjärnelidelse.

Der vil jo ikke väre megen Fare for at tage Fejl, når man i et givet Tilfälde antager, at der foruden den cerebrale også findes en spinal tuberkulös meningitis; moderne Undersögelser have vist sidstnävnte Komplikations meget store Hyppighed; i Fölge ovenstående vil det imidlertid sädvanligt ikke väre muligt at påvise bestemte Symptomer på Lidelsen i medulla og dens Hinder. Den nästen konstante Nakkestivhed kan skyldes en Lidelse i bagre Hjärnegrube (WERNICKE); [1]) men — selv om Nakkestivheden anses for betinget af en Irritation af de fra bulbus og överste Del af medulla spinalis udgående Nerver, vil man vel ikke derfor tale om en meningitis spinalis; sikrere stå vi med Hensyn til Diagnosen af en sådan, når vi finde Stivhed af Rygraden med eller uden opistotonisk Krumning og Ömhed af processus spinosi. Gode Kendetegn ere også de irradierende Smerter og Hudhyperästesier, hvorimod Muskelömhed og Parästesier i Extremiteterne også kunne findes ved intrakranielle Affektioner (REINHOLD, [2]) WERNICKE), [3]) Med Hensyn til de sidstnävnte Symptomer ses det jo let, at de meget vanskeligt ville kunne påvises hos svärt omtågede, soporöse Individer. Hvad endelig de forskellige motoriske Forstyrrelser angår, som Paralyser, Spasmer, Kontrakturer, Sfinkterforstyrrelser, vil man nästen aldrig med absolut Sikkerhed kunne henföre dem til Forandringer i meninges spinales, når der er sikre Tegn på en udviklet tuberkulös basalmeningitis.

Det er vel utvivlsomt, at den beskrevne Iagttagelse hörer til de relativt meget själdne; efterfölgende Sygehistorie viser os imidlertid et Tilfälde, hvor Afvigelsen fra velkendte, typiske Sygdomsbilleder er endnu mere fremträdende.

C. F. G., 25 År, ugift, Politibetjänt. Indl. $^{11}/_{12}$ 95. Död $^{15}/_{12}$ 95.

Patientens Fader er död af Brystsygdom, fem Söskende ere döde som små, Moderen og fire Söskende leve og ere raske.

[1]) WERNICKE: Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. 1881—83.
[2]) REINHOLD: Anf. St.
[3]) WERNICKE: Anf. St.

Han har altid haft et godt Helbred, har aftjänt sin Värnepligt og tålt Tjänesten godt; vil ikke väre spirituosis deditus og har aldrig haft Genitalaffektioner. Hans Stilling som Betjänt medförer, at han er meget udsat for Vejr og Vind; han er passioneret Tobaksryger.

Patientens nuvärende Sygdom begyndte for fire Dage siden. Han fik snurrende Fornemmelser i bägge Födder, fölte sig samtidigt trät og mat, blev öm i Benene og kunde kun dårligt gå på Grund af Smerter i Lägge og Lår; hertil sluttede sig nogle Dage senere Tindingehovedpine og Smerter over Länderne, så at han måtte gå til Sängs. Der var også Ömhed af Musklerne på bägge Overarme med Smerter ved Bevägelser. Han har ikke haft subjektive febrilia; ingen Hoste. Ubetydelig Hjärtebanken ved Bevägelser, let Oppressionsfornemmelse med Trang til at träkke Vejret dybt. Appetiten har väret dårlig, i de sidste Dage nogen Kvalme, ingen Opkastning. Vandladningen har väret fuldständig naturlig, Afföring mangler på tredje Dag; i Dag har der indfundet sig lette Smerter i Halsen og noget Synkebesvär.

Temp. 36,5. P. 72, regelmässig, ret kraftig. R. 18. Patienten er kraftig bygget, i god Ernäringstilstand, let kongestioneret til Ansigtet, svarer livligt på Spörgsmål. Conjunctivæ noget injicerede; Stemmen let anginös; ingen Glandelsvulster på Halsen. Tungen hvidligt belagt, nogen fœtor ex ore; i fauces Svulst og Rödme af Tonsillerne. Ved Bevägelser af Overextremiteterne kommer der Smerter i mm. deltoidei et tricipites, som også ere noget ömme for Tryk. Leddene fri. Der er snurrende Fornemmelser i Täerne, särligt på disses Plantarside; ingen Ömhed af Läggene. Reflexerne normale. Ved Flexion i Knäleddene klager han over Smerter i Lårernes indad og fortil liggende Muskelgrupper, ligesom mm. adductores, vasti interni, recti ere noget ömme for Tryk; ingen särligt ömme Punkter. Han kan dårligt rejse sig over Ende eller dreje sig i Sängen på Grund af Smerter over Länderne; der er nogen Ömhed af m. sacro-lumbalis i dens nederste Parti. Undersögelsen viser normale Forhold for Bryst- og Underlivsorganernes Vedkommende. Lever og Milt ikke forstörrede. — Rp. Feberkost. Epithema tepidum regioni lumb. Antipyrini Centigram 50.

$^{12}/_{12}$ $\frac{37,1}{37}$. P. 72. Urinen sur, uden albumen, Blod eller Sukker. Har nästen ikke sovet i Nat, dels fordi han ikke kunde finde Hvile, dels på Grund af Oppressionsfornemmelse; ingen Hoste eller Hjärtebanken. Madlyst ringe, Afföring mangler. Der er Smerter bag Öjnene ved Opadrotation af bulbi, men ingen Ömhed af disse eller på incisuræ supraorbitales. Tungen belagt, stärk fœtor ex ore; Tonsillerne store, men Slimhinden i fauces i Dag naturlig. Siden Barndommen hörer han dårligt med venstre Öre, hvor der tidligere har väret Udflod, og hvor Hörevidden viser sig nedsat. Ubetydelig Ömhed af Overarmens Muskler på bägge Sider; der er ingen Ömhed ved Tryk på Muskulaturen på Underextremiteterne; men ved Flexion i Knäleddene får han Smerter i Musklerne på Lår og crura. Hjärtetonerne ere kraftige og rene. Stetoskopien af Lungerne viser intet abnormt. Han rejses kun med stor Vanskelighed over Ende på Grund af stärke Smerter,

der lokaliseres til mm. glutæi; ingen Ömhed af nn. ischiadici eller på symphyses sacro-iliacæ. — Rp. Halvfeberkost + 1 Pot Mälk. Ol. ricini. Pil. chloreti chinici 2 × 3 Piller dagl. Cont. epithema tepid. lumb.

13/12 Tp. $\frac{37{,}4}{37}$. P. $\frac{80}{64}$. Fik i Aftes Pil. Codeinæ à 2,5 Cgm, men har så godt som ikke sovet; kun ringe Sved. Klager stärkt over Hovedpine så vel i Panden som i Nakken. Oljen virkede ikke, hvorfor i Aftes clysma aqvosum, også uden Virkning; enkelte Småopkastninger. Vandladningen fri og Urinen sur, uden albumen. Der er ingen Hoste, men subjektiv Fölelse af Dyspnö; ingen Hjärtebanken. I roligt Leje föler han Smerter i venstre Side af Brystet, over Länderne og i Skuldrene. Patienten er fuldständigt klar, svarer kvikt og fornuftigt, gör et let forpint Indtryk. Respirationen er noget påskyndet og pustende, forbunden med Spil af alæ nasi. Til Morgen forbigående Diplopi; der er ingen strabismus; men mere udstrakte Bevägelser af höjre bulbus ere smertefulde. Tungen holder sig belagt. Stemmen er dygtig ru, hxad der også er ham selv påfaldende. Nogen Ömhed ved Tryk på larynx; der er Ömhed af Nakkemuskulaturen, särlig på höjre Side. Undersögelsen af Brystets Forflade viser intet sygeligt ved Lunger og Hjärte; det er umuligt for Patienten at sidde over Ende på Grund af Smerter over Länderne og i Underextremiteterne. Ved dybt Åndedrät angiver han Smerter langs diaphragmas Insertion. Der er betydelig Ömhed af Muskulaturen på nates. Han kan uden Vanskelighed löfte venstre Ben i Vejret, höjre derimod kun lidt og med stort Besvär. Musklerne ere noget ömme og stive. Patellarreflexen kan ikke fremkaldes på höjre Side. Der holder sig nogen Snurren i Täerne; men så vel den taktile Ävne som Smerte og Temperatursans ere uskadte. — Rp. Clysma glycerinatum.

14/12 Tp. $\frac{37{,}7}{37{,}6}$. P. $\frac{80}{72}$. Har döset stärkt; sovet meget afbrudt efter Sol. brometi kalici Gm 10 til Gm 150 2 Spiseskefulde.

Er fremdeles fuldständig klar, men ligger ganske hjälpelös, idet Armene nägte deres Tjäneste til finere Bevägelser; de kunne dog beväges noget, särligt i Albuleddene; men derimod formår han kun i meget ringe Grad at beväge Benene; angiver at få Smerter ved Forsög på Bevägelser. Der er en ret betydelig Ömhed af alle större palpable Muskelgrupper så vel på Over- som på Underextremiteterne samt på Hals og truncus; ingen Svulst, og Smerterne föles ikke särligt fremträdende på Partiet, der danner Overgang mellem Sene- og Muskelmasse; ingen Ömhed af Leddene; af og til Smerter ved Öjenbevägelser, og der er Diplopi. Stemmen er stadig ru, og der er lidt Smerter ved Synkningen. Ved Examination findes ingen Holdepunkter for Antagelsen af en Trikininfektion eller en Forgiftning med fordärvede Födemidler. — Rp. Infusum sennæ m. V.

15/12 Tp. 37,7. Patienten var i Går Eftermiddags noget urolig, svedende, klagede over Lufthunger; der ordineredes Tincturæ Valerianæ 20 Dråber. Ved Aftenstuegang injectio morphica Centigram 1.

En Undersögelse af Brystets Forflade viste ingen stetoskopiske Forandringer; der var ikke udtalt Ömhed af Brystets eller Armenes Muskulatur. Underextremiteterne vare temmelig stive, moderat ömme ved Tryk på de ikke svulne Muskler; i roligt Leje havde han en Del Smerter over Länderne; aktive Bevägelser kunde så godt som ikke foretages. Han var fuldständig klar, lidt ängstelig. Udseendet noget dösigt. Der var et ganske let cyanotisk Skär af Läber og Kinder, men objektivt ingen fremträdende Dyspnö og ikke udtalte Tegn på Diafragmalamhed. Han faldt hurtigt til Ro efter Indspröjtningen og sov til henad Kl. 12, vågnede da op og var meget klagende, havde Smerter i hele Kroppen, kunde ikke finde Hvile; der var betydelig Lufthunger; men Bevidstheden holdt sig uskadt; begyndte at falde sammen, var urolig og vilde ud af Sängen, fik injectio olei camphorati 1 Spröjtefuld, ætheris 10 Dråber.

Döde Kl. 2¼, uden at der havde väret nogen stärkere fremträdende krampagtig Respiration, og uden at Cyanosen var bleven synderlig stärk.

Sektion $^{17}/_{12}$ 95.

Liget velnäret, rigor tilstede; udbredte livores. Nogen venös Hyperämi i bägge Lunger, navnlig nedad og bagtil; i övrigt ere alle Organer i Bryst- og Bughule fuldständigt normale. Musklerne på truncus og Extremiteter ere af fast Konsistens og mörkeröd Farve; *excidérede Stykker vise under Mikroskopet intet abnormt* (Prosektor BOROH). Makroskopisk ses intet sygeligt ved Rygmarven eller Hjärnen; den opbevares sammen med udskårne Stykker af nn. peronei til närmere Undersögelse.

Sygdomsbilledet var både in vivo og efter Sektionen meget vanskeligt at tyde. Det Symptom, som trådte stärkest frem klinisk, var en *ejendommelig Tilstand af Musklerne*, og det ikke blot Extremiteternes og Kroppens, men også de *ydre Öjemuskler* og, som det synes, *Larynxmusklerne* og *diaphragma;* Musklerne vare stive og ömme for Tryk, smertefulde ved aktive og passive Bevägelser, men ikke svulne. Deres Kontraktionsävne var meget nedsat, til Dels ophävet; men denne mangelfulde Funktion syntes i hvert Fald til Dels at kunne forklares ved Musklernes Stivhed og Smerterne ved Bevägelser; ved Forsög på at sidde over Ende klagede han således over häftige Smerter i Ländemuskulaturen, forholdt sig i så Henseende ganske som en Patient med stärk lumbago. Når således universelle muskuläre Symptomer vare det klinisk mest fremträdende, var det naturlig först at tänke på de Sygdomstilstande, hvor sådanne erfaringsmässigt findes. [1])

---

[1]) På Grund af den stärke Muskelömhed ansås det ikke for rigtigt at underkaste Patienten en indgående elektrisk Undersögelse.

Den nyere Tids Forskning har under Fällesbetegnelsen *polymyositis* beskrevet en Räkke Tilfälde, efter al Sandsynlighed beroende på en Infektion, hvor Lidelsen af det vilkårlige Muskelsystem ganske har domineret Sygdomsbilledet, og det skal villigt indrömmes, at der er en vis ydre Lighed mellem vort Tilfälde og flere af de Iagttagelser, der ere offentliggjorte som Exempler på denne nye Sygdomsform. Her skal blot fremhäves, at den strax foretagne mikroskopiske Undersögelse afgör Sagen, idet der i de obducerede Tilfälde af polymyositis fandtes interstitielle Forandringer i Musklerne, med sandsynligvis sekundär Degeneration af Primitivtrådene; men desuden mangler der hos vor Patient en Mängde Symptomer, der som Regel optråde ved polymyositis, således Feber, Sved, Svulst af Muskulaturen.

Hvad der gälder om Polymyositen i Almindelighed, gälder selvfölgeligt også om den särlige Form af universel Muskellidelse, som skyldes en Masseindvandring af *Trikiner*. Manglen på ätiologiske Holdepunkter og på et Prodromalstadium med Tarmsymptomer, Forlöbet, der ikke viste den karakteristiske sukcessive Angriben af forskellige Muskelgrupper, den afebrile Tilstand med mere, ere jo fuldt afgörende i så Henseende.

Blandt Sygdomme, hvor muskuläre Symptomer ere meget fremtrådende, have vi end videre *tetanus;* også ved denne have vi stive og til Dels ömme Muskler; men Ligheden mellem denne Sygdom og vort Tilfälde er dog ganske overfladisk. Karakteristisk for tetanus er Kontrakturen med Tvangsstillinger, särligt trismus og opisthotonus, samt ikke mindre de konvulsiviske Ryk; fremdeles findes som Regel Sved og ofte, särligt i letale Tilfälde, endog hyperpyretiske Temperaturer. Lidelsen har fremdeles en egen Udvikling, begynder, når et Travme danner Udgangspunktet, jävnlig med Spasmer i Musklerne om dette; dernäst angribes Tyggemusklerne og langsommere eller hurtigere de andre Muskelgebeter.

Den refererede Iagttagelse viser end videre nogen Lighed med de Tilfälde, der ere beskrevne under Navnet Landrys *Sygdom* eller den *akute opadstigende Paralyse.* Vi träffe her den Vanskelighed, at nävnte Sygdom ikke danner en ätiologisk eller patologisk-anatomisk Enhed, men kun er et tilmed ret varierende Symptomkomplex. Efter nyere Undersögelser betinges visse Tilfälde af Landrys Paralyse af akute diffust optrådende perifere Nevriter, andre af organiske centrale Affek-

tioner, medens atter andre unddrage sig al nöjagtigere Tydning. Karakteristisk for Sygdommen er en Lamhed, der först angriber Musklerne på Underextremiteterne, dernäst på Stammen og Overextremiteterne, medens Döden i de letalt forlöbende Tilfälde betinges af Respirationslamhed og Hjärteparalyse; andre Symptomer ere meget vexlende: stundom ses Smerter og objektivt påviselige Sensibilitetsforstyrrelser, af og til Diplopi; elektriske Forandringer kunne findes, men mangle ofte, Reflexerne ere ophävede eller til Stede, og så fremdeles. Forstår man ved Lamhed Ophävelse af den vilkårlige Innervation i Muskler, som ikke af andre Grunde, som organiske Forandringer, stärk Smertefuldhed ved Bevägelser eller lignende, have mistet deres karakteristiske Funktion, så var dette Symptom, klinisk set, kun lidet fremtrådende i vor Iagttagelse, hvorimod det altid er det dominerende i LANDRYS Sygdom; fremdeles mangler jo ganske den for sidstnävnte Lidelse karakteristiske Udvikling og ejendommelige Forlöb, bestående i en sukcessiv Angriben af de forskellige Muskelgebeter, således at Lamheden skrider frem nedenfra opad, kun i meget själdne Tilfälde i modsat Retning. Selv om man vil benytte Betegnelsen LANDRYS Paralyse i den videst mulige Udsträkning, lader vort Tilfälde sig dog ikke indordne under denne Rubrik.

Lige så lidt have vi at göre med en *polyneuritis; i nn. peronei fandtes ingen mikroskopiske Forandringer*, og Musklerne viste sig som omtalt intakte; skulde her have foreligget et Tilfälde af den overordentligt polymorfe Sygdom, som man i den nyere Tid har beskrevet som neuritis multiplex, måtte det väre den specielle Form, hvor Musklerne + de perifere Nerver ere angrebne, og som särligt er fremhävet af SENATOR.[1])

Man kunde også väre tilböjelig til at tänke på en Forgiftning; navnlig det negative Sektionsfund, sammenholdt med, at Symptomkomplexet ikke passer til noget kendt Sygdomsbillede, gör a priori Antagelsen af *veneficium* ret plavsibel. Imidlertid findes i Anamnesen intet Holdepunkt for Antagelsen af en Forgiftning, og end videre svarer Symptomkomplexet ikke til noget af de kendte Giftstoffers Virkninger. Hvad först

---

[1]) SENATOR: Ueber acute und subacute multiple neuritis und myositis. Zeitschrift f. klin. Medicin 1888.

[1]) *Samme:* Ueber acute multiple myositis bei neuritis. Deutsche medic. Wochenschrift 1888.

Forlöbet angår, må det vel kaldes akut, då Döden indtrådte efter godt en Uges Forlöb; men ved akute Intoxikationer er Symptomernes Udvikling alligevel mere stormende, og vi finde ikke som her en fra Dag til Dag fremadskridende gradvis Forvärrelse. Muskuläre Symptomer, der vare så overordentligt fremträdende hos vor Patient, findes vel meget almindeligt ved Intoxikationer, i Almindelighed betingede af Giftstoffernes Indvirkning på Nervesystemet (KOBERT); [1]) men de forholde sig på en anden Måde. *Stryknin* og de närstående Stoffer *Thebain* og *Gelsemin* give voldsomme Reflexkramper, *Pikrotoxin* giver ligeledes udelukkende Spasmer. *Veratrin* fremkalder i Dyreexperimentet ejendommelige Forandringer af Muskelvävets fysiologiske Forhold; men hos Mennesket beherskes Symptomkomplexet af häftige Digestionsforstyrrelser og en på Lamhed af Hjärtet og det centrale Nervesystem beroende Kollaps.

Vende vi os fra disse nöjere karakteriserede og mere usammensatte Gifte til de ejendommelige Toxiner, som nu og da udvikle sig i Näringsmidler, som Köd, Fisk og Ost, så mangle vi ethvert anamnestisk Holdepunkt, og end videre vare Symptomerne i vort Tilfälde forskellige fra dem, der findes ved disse ejendommelige Intoxikationstilstande. Sygdomsbilledet i disse sammensättes nästen konstant på den ene Side af Digestionsforstyrrelser, som Kvalme, Bräkning, Smerter i Underlivet, ofte voldsom Diarré, på den anden Side af nervöse Fänomener, som Hovedpine, Delirier, Pupilstivhed, Öjenmuskellamheder, Kramper — alt Symptomer, som vor Patient knap viste Antydning til. Forlade vi endelig disse såkaldte *exogene Intoxikationer* for muligvis at finde en Plads til vort Sygdomsbillede blandt de Forgiftningstilstande, som KOBERT [2]) sammenfatter under Benävnelsen de *endogene Toxikoser*, hvad der i alt väsentligt falder sammen med hvad BOUCHARD [3]) kalder *Avtointoxikationer*, så möde vi her meget indviklede og dunkle patologiske Processer. Som henhörende under Avtointoxikationerne i videste Forstand have vi dels Tilstande, hvor der på Grund af sväre Forstyrrelser af Exkretionsorganernes Funktion findes en Ophobning i Organismen af toxiske Stoffer (Urämi, ileus, Kulsyreasfyxi med mere), dels sådanne, hvor der under Stofskiftet

---

[1]) KOBERT: Lehrbuch der Intoxikationen. 1893.

[2]) KOBERT: Anf. St.

[3]) BOUCHARD: Leçons sur les autointoxications dans les maladies. Paris 1887.

dannes abnorme giftige Produkter, enten på Grund af i deres Väsen fuldständigt ubekendte Omsätningsanomalier eller på Grund af Parasiters Indträngen og Leven i Organismen. Som Forf.[1]) tidligere har gjort opmärksom på, bör Begrebet Avtointoxikation vist nok rettest forbeholdes de Tilfälde, hvor både Sygdomsbilledet viser Analogier med de Tilstande, som betinges af i Legemet indförte Giftstoffer, og hvor Symptomerne kun kunne forklares ved Antagelsen af, at der i Organismen selv er opstået en intensivt virkende Gift. Taget i denne Forstand, bliver Avtointoxikationen altså en sekundär Lidelse, opträder, om man vil, som en Komplikation ved forskellige patologiske Tilstande, som Forandringer i Exkretionsorganerne eller i Maven og Tarmkanalen; hos vor Patient skulde Avtointoxikationen derimod have udviklet sig primärt i en i övrigt fuldständig sund Organisme.

Vi have i det foregående i alt väsentligt gennemgået de Sygdomsformer, som det altid meget påfaldende og ejendommelige Symptomkomplex närmest mindede om; man kunde måske have tänkt på en *akut myelitis;* men der synes dog at kunne rejses vägtige og tilsyneladende afgörende Indvendinger mod en slig Antagelse. At Forlöbet var afebrilt, kan der vel ikke lägges nogen synderlig Vägt på; derimod mangle de almindeligst forekommende myelitiske Symptomer, särlig Forstyrrelse af Sfinkterernes Funktion, der angives at findes i alle Tilfälde, undtagen de meget lette (GOWERS), [2]) objektivt påviselige Sensibilitetsforstyrrelser, trofiske Forandringer; men end videre hörer den hos vor Patient så fremträdende Ömhed af Musklerne, forbunden med stärke Smerter ved aktive og passive Bevägelser, ingenlunde med til den akute myelitis' Symptomkomplex, findes som Regel langt mere udtalt ved Lidelser i de perifere Nerver og Musklerne selv. Ikke desto mindre fandtes der hos vor Patient en akut myelitis, ganske vist i en meget ejendommelig Form og Udbredning. Den mikroskopiske Undersögelse er i så Henseende afgörende (se Bill. II og III på medfölgende Tavle).

---

[1]) JACOBÄUS: Et Tilfälde af cancer duodeni med Död under Symptomer på Avtointoxikation. Hospitals-Tidende 1895.

[2]) GOWERS: A manual of diseases of the nervous system. 1892.

Medens den lumbosakrale Del af Marven på Tvärsnit viste sig ganske ensartet farvet efter Härdningen i Müllers Vädske, var der i den dorsale og cervikale Del en meget påfaldende Forskel mellem det perifere og centrale Parti; det förste var i det hele langt lysere og mörkere, og mere lyse Partier viste sig her i uregelmässig Fordeling. Ved Skäringen på Mikrotom viste den nederste Del sig särdeles godt härdet, så at man med Lethed fik ganske tynde Snit, medens der for de övre Partiers Vedkommende var Tilböjelighed til Spaltedannelse, ligesom Stykker, stammende fra denne Del, vare vanskelige at skäre. På de efter WEIGERTs Metode farvede Snit var det meget let, selv uden Mikroskop, at konstatere overordentlig sväre Forandringer. Disse bestod i den hvide Substans i Forandringer i Nervetrådenes Marv, der ikke farvedes af den alkaliske Hämatoxylinoplösning eller, hvor den optog Farvestoffet, präsenterede sig med en brunlig Farve, ikke som i de nederste Partier med en sort til mörkeblå. Axecylindrene vare på de angrebne Steder i stor Udsträkning gåede til Grunde, på andre kunde de endnu skelnes, ligesom der også på Snit, farvede efter V. GIESON, sås spredte Axecylindre i de degenererede Masser; tillige fandtes i den hvide Substans udvidede Karslynger, hist og her små Blödninger. I Rygmarvens dorsale og övre cervikale Del kunde der ligeledes påvises Forandringer i den grå Substans; disse bestod dels i, at Cellerne vare noget mere afrundede end normalt, präsenterede sig med mindre skarpe Konturer, ligesom deres Antal måtte jugeres til noget under Normen, dels i en på sine Steder endog betydelig Karudvidning med Blödninger i og udenfor Karskeden; endelig vare de fine Nervetråde indenfor Forhornene dels ganske forsvundne, dels tydeligt degenererede, idet der navnlig i den övre Cervikalmarv kunde påvises variköse Udvidninger på dem. Overalt, også hvor hele Marvens Tvärsnit var angrebet, vare *Forandringerne langt stärkere i de perifere Lag end i Centrum;* men särligt smukt sås dette Forhold i intumescentia cervicalis, hvor der i den ret brede marginale Brämme näppe kunde påvises en normal marvholdig Nervetråd, medens den grå Substans og den närmest omgivende Del af den hvide i alt väsentligt var normal. Den lumbosakrale Del af medulla viste endelig et fuldt normalt Billede, höjst fandtes der her en let Udvidning af Karrene; i de blöde Hinder sås nogen Hyperämi, i övrigt intet abnormt. (Des värre blev medulla oblongata ikke undersögt; da stärke Forandringer kunde påvises i den överste Del af medulla cervicalis, er der vel, når man sammenholder dette factum med de kliniske Symptomer, ingen Tvivl om, at også bulbus var angreben.)

Tilfäldet frembyder jo stor Interesse, idet på den ene Side Symptomerne vare ganske afvigende fra dem, der almindeligt forekomme ved myelitis, og på den anden Side Affektionen af Rygmarven viste en ejendommelig Form ved de overalt langt stärkere Forandringer i medullas perifert liggende Dele. Der kan vel ikke väre Tvivl om, at disse kliniske og patologisk-anatomiske Ejendommeligheder stå i nöjeste Sammenhäng, og

det ligger da når at undersöge, om det ante- og postmortelle Fund stemmer overens med, hvad vi vide om Rygmarvens og dens forskellige Cellegruppers og Trådsystemers normale og patologiske Fysiologi, eller om vi muligvis kunne läre noget nyt herom; i hvor vel det må indrömmes, at akute Betändelsesprocesser tillade mindre sikre Slutninger i så Henseende end de kroniske degenerative Forandringer.

Ved myelitis er Paralysen nästen altid meget udtalt; ofte, särligt i akute Tilfälde, er den ganske slap; jävnligt er der også Kontrakturer, beroende på en Forögelse af Reflexerne; själdnere findes direkte irritative muskulära Symptomer, medens Ömhed af Musklerne og Smerter ved Bevägelser ikke kunne siges at höre med til det myelitiske Symptomkomplex; derimod ere disse Fänomener gennemgående meget udtalte ved patologiske Processer i de perifere Nerver og Muskler og ses også ved akute Betändelsesproeesser i meninges medullæ spinalis. Da der ved disse, som blandt andet den först refererede Sygehistorie viser, vel altid findes en Lidelse af medullas perifere Lag, i hvert Fald til en vis Grad analog med Forandringerne i det her nöje refererede Tilfälde, er det muligt, at disse Symptomer hidröre ikke blot fra en Irritation af Nerveröddeme, som man sädvanligvis antager, men også fra den *marginale myelitis.*

Det, som särligt gör Iagttagelsen interessant, er imidlertid ikke så meget de Symptomer, som fandtes, som de, der manglede, således *Sfinkterforstyrrelserne.* Vandladningen var under hele Sygdommen ganske naturlig, Afföringen meget träg; men dette afhang rimeligvis af Bugmusklernes mangelfulde Funktion, i hvert Fald var sphincter ani's Ävne som Lukkemuskel fuldständig intakt. Som tidligere omtalt angiver GOWERS,[1]) at Forstyrrelser i Sfinkterernes Funktion findes i alle Tilfälde af myelitis undtagen i de meget lette, og LAMY[2]) hävder, at Paralysen af vesica og rectum er konstant ved de akute syfilitiske Myeliter. Manglen af dette ofte så fremträdende Symptom betinges jo sikkert af, at den lumbosakrale Del af Rygmarven, der indeholder Centrene for Sfinktererne, var intakt. Imidlertid finder man som bekendt särligt Dysuri også ved höjtsiddende Rygmarvslidelser, dels således, at Blären efter at

---

[1]) GOWERS: Anf. St.

[2]) LAMY: Traité de médecine, Tome VI. Article: Syphilis des centres nerveux.

have nået en vis Fyldningsgrad udtömmer sig spontant, dels i Form af den såkaldte ischuria parodoxa. Disse Fänomener skyldes en Afbrydelse i de Baner, der lede Viljesimpulsen fra Bevidsthedssfären til Sfinktercentrene; deres Forlöb kendes ikke, om de end i Almindelighed hypotetisk henlägges til de antero-laterale Partier af den hvide Substans (OPPENHEIM).[1] Vort Tilfälde taler imidlertid mod denne Hypotese, idet de nävnte Dele af Rygmarven vare intensivt angrebne, medens Ledningen fra Hjärnen til Sfinktercentret var intakt.

Manglen på Forandringer i den nederste Del af Rygmarven var naturligvis også Årsagen til, at der ikke optrådte *trofiske Forstyrrelser*, specielt ikke Eskaradannelse i regio sacralis; om end hyppige, ere disse dog ingenlunde konstante ved de akute Myeliter.

Patienten klagede en Del over snurrende Fornemmelser i Underextremiteterne, hvad jo er et banalt Symptom ved myelitis; men — i Modsätning til, hvad man träffer i de fleste andre Tilfälde af denne Sygdom — kunde der *endnu to Dage för Döden ikke påvises Spor af Anästesi, Analgesi eller Termanästesi på Underextremiteterne.*

Forsöge vi nu at forklare dette märkelige Forhold, stöde vi strax på den Vanskelighed, at man ikke nöjagtigt kender Forlöbet af de sensitivt ledende Tråde i Rygmarven. Det er dog sikkert, at de nå denne gennem Bagrödderne, og det er ligeledes bevist gennem Studiet af den BROWN-SÉQUARDske Lamhed, at Banerne forlöbe krydset (dog måske med Undtagelse af dem, der lede den såkaldte Muskelsans).

De moderne histologiske Undersögelser med GOLGIs og RAMON Y CAJALs Metoder have vist, at Nervesystemet er opbygget af såkaldte »*Nevroner*», hvorved jo forstås en Nervecelle med en Axecylinderudlöber, der efter kortere eller längere Forlöb spalter sig ud i en Mängde fine Tråde, der danne Fletvärk om en Nervecelle, der atter udsender en Axecylinder og danner et nyt Nevron. Ved Hjälp af de samme Metoder har man nu fundet, at Trådene fra de bagre Nerverödder dels gå over i de på samme Side liggende BURDACHske Stränge, der for största Delen sammensättes af disse, dels for en stor Del gå ind til Baghornene, så vel på samme som på modsatte Side, og her forgrene sig om Cellerne; end videre nå en Del

---

[1]) OPPENHEIM: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1894.

ind til CLARKES Söjler, hvorfra Cerebellarsidesträngene formentlig udspringe, og endelig nå enkelte Trådbundter hen til Forhornscellerne (EDINGER,[1]) OBERSTEINER).[2])

Man kan på Basis af disse Erfaringer og Fund selvfölgelig kun ganske hypotetisk opstille et Skema for Föleledningen i Rygmarven i Lighed med det, der synes fastslået for den motoriske Bane. Mest Bifald har GOWERS's[3]) Anskuelse fundet, i Fölge hvilken taktile Fornemmelser ledes gennem Bagsträngene, ligesom disse også skulle indeholde Trådene for Muskelsansen, medens Temperatur- og Smerteindtryk ledes gennem Sidesträngene.

Vanskeligheden ved at bestemme Föleledningen i Rygmarven ligger dels i, at Forholdene utvivlsomt ere meget komplicerede, dels deri, at man kun dårligt kan benytte så vel Dyreforsög som kliniske Iagttagelser til at udrede dem. Hvad Vivisektionsforsög angår, skulle vi kun minde om SCHIFFS bekendte Forsög: Gennemskärer man den hvide Rygmarvssubstans, men lader den grå eller blot en Del af denne intakt, formår Dyret at percipere smertefulde Indtryk, som ramme Legemet nedenfor Läsionsstedet. Med Hensyn til Tydningen af kliniske Iagttagelser viser der sig også store Vanskeligheder. GOWERS[4]) gör således opmärksom på, at man ved en Läsion, der synes at interessere Rygmarven i dens Helhed, jävnlig finder uskadt Sensibilitet og komplet motorisk Paralyse. De sensitive Tråde synes således at kunne bevare deres Funktion trods Forandringer, der for de motoriske Baners Vedkommende ophäve Ledningsävnen. Man kan derfor ikke udelukke Muligheden af, at en vis bestemt Del af Rygmarven leder Föleindtryk, selv om man i et givet Tilfälde finder uskadt Sensibilitet sammen med mere eller mindre svåre Forandringer i bemäldte Region; til denne Slutning vilde man först våre berettiget, når man kunde udelukke Tilstedevärelsen af flere eller färre uskadte Axecylindre i det degenererede Parti, noget, som man som Regel vel näppe vil kunne.

Trods det utvivlsomt rigtige i den bekendte Nevropatologs Bemärkninger, synes det dog, som om en Oversigt over de for-

---

[1]) EDINGER: Anf. St.

[2]) OBERSTEINER: Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane. 1895.

[3]) GOWERS: Anf. St.

[4]) GOWERS: Anf. St.

skellige Former af Medullärlidelsers kliniske Symptomer og patologiske Anatomi i hvert Fald kan give os et Fingerpeg om, hvilke Dele af Rygmarven der have särlig Betydning for Ledningen af de sensitive Indtryk. Vi kunne således på Basis af vor Kundskab om den *amyotrofiske Lateralsklerose* og den *spinale Börnelamhed* hävde, at de såkaldte Pyramidebaner og Forhornene intet have at göre med den sensible Ledning. Blandt de Rygmarvssygdomme, som särligt udmärke sig ved sensitive Forstyrrelser, er *tabes dorsalis* den mest bekendte; den mest iöjnefaldende postmortelle Forandring er jo Bagsträngenes Degeneration, og det er sikkert Årsagen til, at man har henlagt den sensitive Ledning til funiculi posteriores medullæ spinalis. Imidlertid findes konstant ved den nävnte Sygdom ikke blot Atrofi af Bagsträngene, men også Forandringer i cornua posteriora, og man er derfor ikke berettiget til at henföre de sensitive Forstyrrelser alene til Bagsträngsdegenerationen, så meget mere som Erfaringerne fra den såkaldte hereditäre Ataxi eller FRIEDREICHs *tabes* tale derimod. Ved denne själdne Sygdom finder man nemlig Degeneration så vel af Bagsträngene som Cerebellarsidesträngene med GOWERS's antero-laterale tractus, men derimod ikke Atrofi af Bagrödder eller bageste Horn; kun i CLARKEs Söjler skal der väre Forandringer. Der findes derimod ikke sensitive Forstyrrelser, i hvert Fald kun i Slutningsperioden, og da kun lette; når man erindrer, at der ved langt fremskredne kroniske Rygmarvslidelser som Regel findes lettere Forandringer også i de Dele af Marven, der ikke angribes primärt af Sygdommen, så synes den FRIEDREICH'ske tabes at vise, at der kan findes udbredte Degenerationer af den hvide Del af Rygmarven uden objektivt påviselige Sensibilitetsforstyrrelser.

Ganske anderledes er Forholdet ved de Lidelser i Rygmarven, hvor den grå Substans särligt er angreben, selvfölgeligt med Undtagelse af den til Forhornene begränsede myelitis. Ved *Syringomyelien* er der således Analgesi og Termanästesi, själdnere taktil Fölelamhed, og ved Blödninger i den grå Substans ere sensitive Forstyrrelser meget fremtrådende.

Et almindeligt Overblik over Rygmarvssygdommene tyder således på, at Forandringer i den grå Substans ere af den störste Betydning for de sensitive Forstyrrelsers Patogenese, og i samme Retning peger det her analyserede Tilfälde; ti vel kunde der makroskopisk påvises Forandringer i den grå Del

af Marven; men de vare dog langt intensere i den hvide; klinisk fandtes der i hvert Fald otte og fyrretyve Timer för Döden ikke Anästesier.

Sammenholde vi de kliniske og patologisk-anatomiske Undersögelsers Resultat med, hvad den moderne Histologi og til Dels Experimenter have lärt os, så synes det naturligt at antage fölgende: De sensitivt ledende Tråde nå Rygmarven gennem de bagre Rödder og träde i Forbindelse med Baghornenes Celler, måske med Undtagelse af dem, der lede Muskelsensibiliteten. Fra Baghornscellerne udspringe de sekundäre sensitive Baner, som måske forholde sig overensstemmende med GOWERS's Hypotese; men som sikkert kan man i Fölge patologiske Erfaringer antage, at den sensitive Ledning har sit sårbare Punkt i Baghornene, idet den kan väre intakt trods udbredt Degeneration af den hvide Marv, medens mere eller mindre absolut og universel Fölelamhed resulterer af Forandringer i den bagre Del af den grå Substans. Baghornscellerne ville da väre at betragte ikke blot som indskudte Led i den sensitive Ledning, men som Centrer, der i hvert Fald forelöbig opsummere de sensible Indtryk, og ligesom MEYNERT i sin Tid hävdede, hvad vi jo også nu i alt väsentligt anse for Sandhed, at den forreste Del af Hjärnen er motorisk, den bageste sensitiv, så komme vi for Rygmarvens Vedkommende til det Resultat, at Forhornscellerne repräsentere, om end underordnede, Centrer i Bevägelsens, Baghornenes i Sensibilitetens Tjäneste.

Forklaring til Tavlen.

Alle tre Billeder ere fremstillede ved Mikrofotografering[1]) af Snit, farvede efter WEIGERTS Metode til Marvskedefarvning (alkalisk Hämatoxylinoplösning, Differentiering med en Oplösning af Ferrocyankalium).

Bill. I. Meningitis tuberculosa ascendens; intumescentia cervicalis. Den stärkt, men noget uregelmässigt degenererede Randzone er lys, den nästen normale centrale Del er mörk; langs bageste Del af Marven findes Rester af de tuberkulöst infiltrerede blöde Hinder; den let spalteformet udvidede Centralkanal ses i Kommissuren mellem de tydeligt fremträdende columnæ griseæ; nogen Spaltedannelse ved Skäringen.

Bill. II og III. Myelitis acuta; intumescentia cervicalis og pars sacralis; sidstnävnte er normal, derimod viser Bill. II en nästen regelmässig Degeneration af hele Randpartiet; stärk Tilböjelighed til Spaltedannelse. Rester af den hyperämiske pia ses på flere Punkter af Periferien.

[1]) Det er mig en kär Pligt på dette Sted at takke Hr. Läge C. U. MAALÖE, der har udfört den teknisk vanskelige og meget omständelige Fotografering.



Stockholm, 1896. Kungl. Boktryckeriet.

I



II



III



Om de i anslutning till en graviditet uppkomna maligna s. k. serotinala uterustumörerna.

Af

INGOLF LÖNNBERG och CARL H. MANNHEIMER.

Med 1 tafla och 1 zinkotypi.

I de sista årens gynekologiska literatur har en egendomlig elakartad svulst varit föremål för lifligt meningsutbyte, och mycken uppmärksamhet har egnats särskildt dess patogenes och patologiska anatomi, i hvilka flere svårlösta och intressanta frågor måste beröras. Det är de i anslutning till en graviditet uppkomna maligna svulsterna, hvilka uppbyggas af celler, härstammande från ägghyllena.

Under förra året vårdades å Serafimerlasarettets gynekologiska afdelning en patient med dylik tumör. Då detta torde vara det första inom Skandinavien observerade fall, som kliniskt och anatomiskt diagnosticerats, bör det ej vara utan intresse att offentliggöra det.

Till professor NETZEL, som till oss öfverlåtit fallet till bearbetning, få vi härmed uttrycka vår djupa tacksamhet.

Historik.

Som vi af kasuistiken längre fram skola finna, påträffas i den äldre literaturen ett och annat fall, hvilket med belysning af, hvad man nu känner, med skäl räknas till i fråga varande svulstgrupp. Dessa fall ha vanligen inordnats bland andra maligna uterustumörer och då oftast bland sarkomen. Som uterussarkom beskrifva JACUBASCH, GUTTENPLAN, KALTENBACH, PESTA-

LOZZA (I & II) sina fall, under det att CHIARI, LEBENSBAUM och MEYER kalla sina karcinom eller epiteliom. v. KAHLDEN har däremot i sitt fall gifvit nybildningen namnet: destruerande placentarpolyp.

Den som först väckte uppmärksamheten på det typiska och egendomliga för dessa tumörer var SÄNGER, hvilken beskref ett dylikt fall under namnet »deciduoma malignum», härvid upptagande det förut af MAIER och KÜSTNER för godartade nybildningar använda namnet »deciduom». Senare ändrade han delvis af språkliga skäl denna »vox barbara» till »sarcoma deciduocellulare». Han ansåg tumören bildad af deciduaceller och således tillhörande sarkomgruppen.

Kort efter SÄNGER och oberoende af honom offentliggör PFEIFER ett fall, som af honom studerats på CHIARIS patologiska institution. Han kommer till samma resultat, d. v. s. han anser svulsten bestå af decidual väfnad och kallar den äfven »deciduoma malignum». Samtidigt omtalar PFEIFER äfven, att CHIARI funnit detta fall öfverensstämma med de 3 af honom såsom kancer förut beskrifna.

I ett fall, som kliniskt visade en omisskänlig likhet med de förut omnämnda, fick GOTTSCHALK ett annat resultat af den anatomiska undersökningen. Han fann nämligen koriala element och kallade därför sin tumör: »sarcoma-chorion-deciduocellulare» eller »Sarcom der Chorionzotten», och ansåg den uppbyggd i hufvudsak af fetala celler.

Redan förut hade PESTALOZZA fått ungefär liknande bilder i ett fall (III), där mola föregått.

Med anledning af de anförda fallen har en hel rad uppsatser med delvis utförliga undersökningar sett dagen. En del af författarne komma till ungefär samma åsikter som SÄNGER, så MENGE, KLIEN, NOVÉ-JOSSERAND & LACROIX, LÖHLEIN, BACON m. fl. och antaga deciduacellerna som upphofvet till den maligna nybildningen i sina fall. Andra återigen, SCHMORL-KÖTTNITZ, HARTMANN & TOUPET finna GOTTSCHALKS tolkning antagligare, att chorionvilli »sarkomatöst degenerera».

Alla fall öfverensstämma kliniskt fullständigt med hvarandra, så att man från den synpunkten ej har minsta skäl att uppgifva deras enhet. Men tack vare de något varierande anatomiska fynden eller den olika uppfattningen af dessa ha författarne täflat i att uppfinna nya namn, mer eller mindre skiljande sig från de förut anförda, och detta såväl för att lämpligen

benämna sina egna fall som ock för att hjälpa andra ifrån ett i deras ögon mindre väl funnet eller ej träffande namn. Detta gäller särskildt tyska författare; de franska och amerikanska bibehålla som regel namnet »deciduoma malignum».

Vi anförde, att några af de första fallen beskrefvos som epiteliom och karcinom. FRÄNKEL fann i ett till sitt kliniska förlopp typiskt fall af »sarcoma deciduo-cellulare», som äfven under detta namn af PERSKE offentliggjorts, att tumörens karakteristiska beståndsdel var epitelialbildningar, härstammande från chorionepitelet. Han anser tumören därför vara en art kancer: »carcinoma chorii uteri» eller »carcinoma choriogene uteri».

Frågan om »deciduomen» hade sålunda, hvad det anatomiska beträffar, blifvit, som FRITSCH betecknande säger, så »modern-komplicirt-genial-verwirrt», att en grundlig anatomisk utredning och kritisk belysning var mer än välkommen. MARCHAND har äfven lemnat en sådan, stödd på två af honom själf noga undersökta och beskrifna fall. Äfven han finner tumören epitelial; närmare redogörelse härom torde dock lämpligare uppskjutas till den anatomiska afdelningen.

Denna MARCHANDs uppfattning har sedan i hufvudsak förfäktats af RUGE, KOSSMANN och PESTALOZZA. I den diskussion, som höls med anledning af RUGEs föredrag, rönte MARCHANDs åsikter något motstånd, men dock ej af den art, att de kunna anses rubbade. KOSSMANN kallar nybildningen: »carcinoma syncytiale» och anser den bildas uteslutande af maternella celler, i det han från allmän-biologisk synpunkt ifrigt bestrider möjligheten, att en malign tumör skulle kunna uppstå af parasitens celler i autositen.

Helt nyligen har KOSSMANNs aprioristiska slutsatser bevisats oriktiga genom ett fall, beskrifvet af APFELSTEDT & ASCHOFF, där obestridligen verkliga chorion(-mola-)villi funnos i en metastatisk härd, och ej endast bildningar från chorion-epitelet. Fetala celler ha således metastaserat, och APFELSTEDT-ASCHOFF äro benägna med stöd af detta, att anse tumören uteslutande af fetalt ursprung, som PESTALOZZA (III) och GOTTSCHALK förut gjort.

Denna fråga om tumörcellernas maternella eller fetala härkomst är egentligen endast en länk i den tilltrasslade härfvan om tolkningen af de karakteristiska svulstelementen och om chorionepitelets ursprung, så att den fått sin tydning alt efter de olika författarnes åsikter i den ena eller andra riktningen.

Kasuistik.

MARCHANDS kritik af hit hörande fall har lagts till grund för de i kasuistiken af oss upptagna. Han har 28 fall, men sedan dess ha flere nya offentliggjots, så att vår tabell omfattar ej mindre än 53. Af dessa äro de flesta alldeles nya; andra åter ha först efter vunnen kunskap om i fråga varande svulster kunnat igenkännas på grund af sitt kliniska förlopp och därefter publiceras.

Vi vilja endast anföra egna fall något utförligare, under det att de öfriga lämpligen refereras i tabellform; för åskådlighetens skull upptagas emellertid äfven våra egna fall i tabellen. I öfverensstämmelse med MARCHAND indelas fallen i två grupper: efter graviditet med ej degenereradt ägg och efter mola.

Utom det fall, som nu senast observerats å Serafimerlasarettet, meddelas ett annat, hvilket professor NETZEL förut iakttagit, och hvilket han välvilligt gifvit oss anvisning på; det är nämligen förut offentliggjordt och återgifves här nästan ordagrant.

I. Fru Å., 38 år. 7 föregående förlossningar, däraf en duplex. Nov. 1868 *mola hydatidosa;* efter denna blodblandad flytning och täta blödningar till följande sommar, då ett par månaders fullständigt uppehåll med blödning inträffade, därefter en häftig blödning med afgång af stora lefrar. Sedan normala menses till mars 1871; då konception. Den 13 nov. 1871 *förlossning*, afslutad med tång på grund af värksvaghet. Sedan efterbörden efter några minuter utförts, började envisa blödningar, hvilka först efter insprutningar af kallt vatten och järnklorid, manuel utskaffning af blodlefrar och hinnrester samt energiska knådningar bragtes till stillestånd. *Uterus' inre* företedde *intet abnormt* — Pat. nedsatt, anemisk, men *puerperium normalt. 4 veckor efter partus* började först obetydlig sedan ymnig *blödning.* — Den 12 dec. 1871: vagina fyld af blodkoagler; *cervix öppen*, så att två finger kunna föras upp till inre modermunnen, genom hvilken en *rundad, glatt, lös svulst* utträngde. Dess fäste på uterinväggen kunde ej nås. Så mycket som möjligt utskaffades med fingrarna; det befans vara svart, tämligen fast blodkoagel. Järnklorid insprutades. — Blödningen stod nu till den 21 dec. Cervix då trängre, så att blott ett finger kunde införas, hvilket med hjälp af yttre handen nådde ända till fundus. En rundad, glatt, ganska hård tumör af en valnöts storlek utfylde uterinhålan; den kunde utan svårighet med fingret aflossas från sitt rätt breda fäste till bakre väggen nära högra hörnet, men kunde ej utskaffas — antogs vara ett blodkoagel eller en fibrinös polyp.

Blödningen upphörde, men i stället en obetydlig, svagt *blodfärgad flytning*, efter 4 veckor rikligare blodblandad. Den 21 jan. 1872: uterus något stor, anteverterad, och lindrigt ömmande.

Efter dilatation med pressvamp anträffades i vagina utom färska blodlefrar en dylik med fast kärne, bestående af ett valnötstort, hårdt, på ytan dekoloreradt blodkoagel. Denna bildning antogs vara den för 1 mån. sedan lossade, men ej utskaffade tumörlika kroppen på bakre uterinväggen. — På *uterinhålans främre vägg* kändes en *platt, mandelstor ansvällning*, som aflägsnades med fingret och kyrett, hvarjämte uterus' hela insida tuscherades med järnklorid.

Ånyo stod blödningen för en tid, men redan efter ett par veckor uppträdde den åter. — Förnyad dilatation med pressvamp, utskaffning af blodlefrar och tuschering med järnklorid. — Under en tid gjordes dagliga injektioner af järnklorid, utan att blödningarna kunde bringas att fullständigt upphöra. I den vidgade *cervikalkanalen* påträffades *ständigt lösa blodkoagler, adhererande vid främre väggen.* Den *underliggande ytan* kändes, sedan lefrarna aflägsnats, *skroflig och ojämn.*

Små, hvitgrå, lösa slamsor medföljde koaglerna, och vid *mikroskopisk undersökning* visade sig dessa bestå af *tättliggande, mångformiga, stora epitelialceller, liknande dem,* man finner *i en decidua* under hafvandeskapet.

Den 21 febr. efter pressvampdilatation, tuschering af uterinhålan med koncentrerad kromsyrelösning. Därefter ingen egentlig blödning, men mer eller mindre blodblandad *flytning*, som efter en tid blef *stinkande* oaktadt sköljningar med antiseptiska lösningar. I midten af mars började en *lös tumörmassa utväxa* från den öfre främre cervikalväggen, utfyllande kanalens lumen, på *ytan ulcererad och sönderfallande.* Det allmänna tillståndet försämrades hastigt, häftiga *frossbrytningar* påkommo gång på gång, ett *kakektiskt tillstånd* inträdde, och *pat. afled* slutligen den 13 maj 1872, 6 månader efter förlossningen.

Vid obduktionen anträffades »kancerösa tumörer» i lungorna lefvern, mjälten, njurarna och körtlarna i bukhålan. — *Lifmodern* förstorad, har en längd af 13 cm, dess bredd mellan vidfästningen af tuberna 7 cm, tjockleken vid fundus 5,5 cm. Väggarna, som äro fasta och tjocka, mäta 2 cm vid fundus, nedemot collum 1,5 cm. Yttre modermunnen öppenstående, slemhinnan öfver vaginalportionen och i nedre delen af cervikalkanalen slät, jämn och af friskt utseende; 2 cm ofvanför orificium externum finnes ett nästan rundt, 4 cm i diameter hållande *sår*, som intager hela öfre delen af cervikalkanalen och med sin öfre periferi sträcker sig ett stycke upp i lifmoderhålan. Sårets botten är *ojämn* och bildad af *gråsvarta sönderfallande väfnadsrester*, och äro dess *ränder något upphöjda* och knöliga; det intresserar hufvudsakligen slemhinnan, men

griper äfven, fastän i ringa utsträckning, *öfver på muskelsubstansen.* — *Ett andra* liknande *sår* sitter *vid vänstra hörnet* af lifmoderhålan, är helt och hållet rundt, med en diameter af 3 cm. Det är *trattformigt med starkt upphöjda, knöliga ränder*, och intresserar ej blott slemhinnan utan har *gripit nära 2 cm på djupet.* Å yttre sidan af lifmodern, som för öfrigt ej visar något abnormt, synes motsvarande detta sår en ringa upphöjning. — Vid öppnandet af lifmoderhålan befanns denna innehålla en tunnflytande, något blodblandad, missfärgad, stinkande vätska. — I högra *fornix vaginæ en ärtstor*, tämligen fast *knöl*, liggande uteslutande i slemhinnan. Ligamenta lata, tuberna och äggstockarna af friskt utseende.

Den mikroskopiska undersökningen af såväl de knöliga partierna i sårränderna, som knölen i fornix vaginæ visade öfverallt den vanliga byggnaden af — »cancer epithelialis».

Det kan knappast väcka någon tvekan att räkna det ofvan anförda fallet till tumörgruppen i fråga. Det öfverensstämmer i allt med typiska fall. Egendomligt är, att en mola få år förut framfödts, och att efter denna rätt svåra blödningar uppträdt, hvilka dock upphört spontant, och först efter det därpå följande normala hafvandeskapet kommer den maligna nybildningen till stånd. I ungefär hälften af kända hithörande fall är det direkt efter en mola, tumörerna utvecklats. — Äfven den mikroskopiska undersökningen af de utskaffade slamsorna visar, att undersökaren kommit till samma resultat, som så många gjort långt efteråt. NETZEL säger äfven, att han »på grund af cellernas utseende och brist på för cancer karakteristisk anordning» höll för troligt, att det gällde »en abnorm återbildning af uterinslemhinnan eller ett kvarstannande på uterinväggen af delar af decidua», — en uppfattning, som hyllats af många författare inom detta ämne. — Äfven de efter molan uppträdande och flera månader ihållande blödningarna gjorde, att diagnosen på malign nybildning, som väl diskuterats, undansköts så länge.

II. Fru M., 42 år. — Pat. har födt två fullgångna, lefvande barn. Den 19 nov. 1893 framfödde pat. efter ungefär 4 månaders graviditet en mycket *stor mola.* Under 14 dagar före drufbörden led hon af upprepade svåra blödningar. Puerperiet normalt. *7 veckor efter* molans framfödande fick pat. *blödning*, reglering som hon själf antar. Menses lära alltid ha markerats af starkare blödningar, men äfven på mellantiderna har *blödningar alltsomoftast* uppträdt, och då

ej verklig blödning förekommit, har hon lidit af *blodig flytning*. Blödningarna ha stundom varit rätt våldsamma, men ha alltid, om pat. intagit sängen, blifvit mindre och snart upphört, så att någon åtgärd mot dem aldrig vidtagits.

Från nov. 1894 till april 1895 låg pat. sjuk i hemmet och skall då enligt egen uppgift lidit af »maginflammation, magsår, blindtarmsinflammation, lunginflammation först i ena sedan i andra lungan, vatten i lungsäcken, slempropp i lungan», alt efter konsulterade läkares utsago! — Under hela denna tid voro blödningarna tämligen lindriga, men »blodvatten»-flytning förefans ständigt.

Pat. har aldrig själf märkt någon svulstbildning. Hon har blifvit *klen och kraftlös* samt *magrat* betydligt.

Den 2 okt. 1895 inträffade en häftig blödning, som sedan fortfor en tid och tvang henne att söka läkarehjälp därför. Hon besökte professor NETZEL den 7 okt., som uppmanade henne att genast söka inträde å Serafimerlasarettets gynekologiska klinik, där hon intogs den 9 okt.

Status præsens den 9 okt. Pat. är blek och kraftlös. Hullet måttligt, slapt. Aptit och sömn rätt bra. Hjärta och lungor friska. Pulsen jämn, frekvens 90—100. Temperatur afebril. Urin fysiologisk.

Vid *yttre undersökning* kännes en ur bäckenet uppskjutande, rundad, rörlig, fast, oöm *tumör*, som når 2 tvärfinger öfver symfysen.

Vid introitus vaginæ påträffas några mandel- till spansknötstora, rundade, till konsistensen fasta *tumörer*, öfver hvilka slemhinnan går fram oskadd och förskjutbar. *Dylika* större och mindre *tumörer* kännas, då fingret införes i vagina, hufvudsakligen utefter vänstra *vaginalväggen* nästan ända upp till fornix. De största ligga i bulbus och vid bakre kommissuren. — Slemhinnan är öfver alla hel och förskjutbar, men på ett par ställen förtunnad, så att tumörerna skimra igenom *blåa*, *ej olika varices*.

Portio är fast, riktad bakåt nedåt. — Modermunnen fissurerad, öppen för fingerblomman, cervikalkanalen sluten. Cervix tämligen lång. *Corpus uteri anteflekterad*, *förstorad*, befinnes vara den vid yttre undersökning iakttagna tumören. Uterus kan förskjutas från sida till sida, så långt utrymmet medger, och höjas rätt mycket, däremot kan den endast obetydligt dragas nedåt.

Per rectum iakttages det samma som vid vaginalundersökning. Till höger bakåt ett par små, fasta resistenser, hvilka blott obetydligt kunna förskjutas och antagas ligga i den parametrana bindväfven.

Den 15 okt. undersökning i kloroformnarkos, hvilken ledde till ungefär samma resultat, som ofvan anförts. — De därpå följande dagarna var pat. illamående, dåsig och matt. Aftontemperatur öfver 38°. Urinen höll spår ägghvita, enstaka cylindrar.

Den 18 okt. *operation*. Total uterusexstirpation genom laparotomi. Först desinficerades vagina, cervikalkanalen utbrändes med termokauter, och en ekrasör-trådslinga åtdrogs kring portio för att afstänga uterinkaviteten. — Bäckenhögläge, 14 cm:s buksnitt i medellinien. — Uterus var fullt fri, och inga svulstmetastaser kunde påvisas i bäckenet eller

bukhålan. — Därefter exstirperades uterus efter ligering af dess ligament — vagina genomskars vid fornix, och uterus med vidhängande ekrasör utskaffades genom buksåret. — Peritoneum förenades öfver såret i bäckenets botten, hvarvid ligamentstumparna kommo retroperitonealt. — Buksåret syddes med fortlöpande katgutsöm i 3 etager, samt djupa suturer af silkvormgut. — Vagina tamponerades med jodoformgas.

Temperaturen steg efter operationen, så att den d. 19 och 20 var öfver 39° i rektum, högst 39,4°, sjönk sedan, och efter den 23 öfverskred den ej 38°, utan höll sig altjämt afebril. Pulsen var första dagarna mjuk, hastig, 136—160; höjde sig sedan. Dagen efter operationen svåra väderspänningar — efter lavemang riklig afgång af gaser. — Pat. kunde redan första dagen förtära litet vin, äggmjölk — men som hon däraf fick äckel och svåra smärtor i ventrikeltrakten, gafs drufsocker-vin-lavemang hvar 3:dje timme de första dagarna; från den 22 åt hon med god aptit. — Urinen innehöll liksom före operationen spår af ägghvita och cylindrar.

Den 25 okt. uttogos suturerna. De tvåndersta djupa suturerna ha skurit in något, och i deras stickkanaler något var, för öfrigt god läkning.

Den 30 okt. Pat. har hemtat krafter rätt bra; har god aptit och sömn; känner sig fullt kry.

Exstirpation af vaginalmetastaserna. Snitt lades genom vaginalväggen vid introitus, började något till höger om bakre kommissuren, sedan öfver åt vänster och framåt ända till förbi urinrörsmynningen. För utrymmes vinnande lades ett snitt snedt bakåt åt vänster genom hud och underhudsfett. — Nu fripreparerades, mestadels trubbigt, och exstirperades vaginalväggen med däri inneslutna svulster från hela vänstra sidan, största delen af bulbus vaginæ, samt ett stycke baktill och till höger. — Såret förenades, så godt sig göra lät, med suturer af katgut, hvilket lyckades så väl, att blott en ungefär 5-örestor fläck kvarstod obetäckt af slemhinna. — Hudsåret syddes med djupa och ytliga suturer.

Efter operationen var pat. kry. Temperaturen aldrig högre än 37,8°. — Såret i vagina läktes, den hopsydda delen fullständigt per primam, den öfriga delen granulerade vackert och drog ihop sig bra, sekretionen obetydlig. — En cystit visade sig den 31 okt., men gick hastigt tillbaka efter behandling med borsyresköljningar och lapisinstillationer.

Konvalescensen ostörd; pat. tilltog dag för dag i krafter. — En linsärtstor knottra, som antogs vara en kvarlemnad tumör, upptäcktes kort efter operationen i främre vaginalväggen, och exstirpation föreslogs, men pat. ville då på inga villkor ingå på detta, utan önskade återkomma på nyåret för att få den aflägsnad.

Hon utskrefs den 17 nov. med ett kvarstående vackert granulerande sår i vagina.

Pat. visade sig på polikliniken strax på nyåret 1896, men då kunde ingenting misstänkt upptäckas oaktadt flere undersökningar. — Knottran var alldeles försvunnen. Hon hade tilltagit mycket i hull

och krafter — kände sig fullkomligt frisk. — Den 8 maj visade sig pat. åter på polikliniken. Hon var då fullt frisk, men klagade öfver flytning. Denna befans orsakad af ett par grofva ligaturer, hvilka banat sig väg ut. Ligaturtrådarne och slappa granulationer utskrapades ur fistelgångarne. — Pat. hade sedan ej någon flytning och var fullt frisk, då hon senast, den 30 sept. 1896 lät höra af sig. Någon undersökning gjordes då ej.

Den kliniska historien om detta fall är typisk. Endast däri, att dess förlopp varit något långsammare, visar sig en skiljaktighet. Men jämför man med PESTALOZZAS (III), LÖHLEINS, och PERSKE-FRÄNKELS fall, får man, äfven hvad förloppet beträffar, öfverensstämmelse.

A. Maligna tumörer efter abort

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
1.	NETZEL. 1872.	38 år.	8 förlossningar, 1 mola.	Förlossning i rätt tid.	4 veckor efter partus började blödning, hvilken sedan upprepade gånger återkom och trotsade all behandling — 2½ mån. efter partus en platt, mandelstor tumör, som upprepade gånger utskaffades men ständigt återkom som en lös, ulcererande tumörmassa. Blodig flytning, till slut stinkande. Anemi, kakexi, upprepade frossbrytningar.	Cancer. Upprepade gånger dilatation, utskaffning af svulstbildningar med finger och kyrett. — Tuscheringar och injektioner af järnklorid och kromsyra.
2.	CHIARI I. 1877.	24 år.	?	Fullgånget foster.	Efter partus illaluktande flytning och upprepade blödningar. — Uterus förstorad, öm. Anemi. Sista dagarna tecken af vänstersidig plevrit och lobulär pnevmoni. — Peritonit.	Endometritis + Metritis. ——
3.	CHIARI II. 1877.	23 år.	3 förlossningar.	Fullgånget foster.	4 veckor efter partus börja häftiga, ihållande blödningar; anemi. — Sista tiden peritonit, blodiga sputa.	Placentarpolyp. Polypösa massor utskaffas (hur?)
4.	CHIARI III. 1877.	42 år.	?	Abort i 6 mån.	Efter en vecka ihållande blödningar; illaluktande, blodig flytning. Uterus stor, öm. — Anemi; blodiga sputa.	——
5.	JACUBASCH.[1] 1882.	26 år.	2 förlossningar, 1 abort.	Abort i 4 mån.	Efter aborten ständiga blödningar; afmagring, kraftuttömning, kollaps. — Uterus apelsinstor, ojämn, oregelbunden.	Multipla myom. ——
6.	TIBALDI. 1882.	31 år.	5 förlossningar.	Förlossning i rätt tid.	Efter partus och under digifningen ihållande blödningar. Uterus förstorad, cervix permeabel, kaviteten upptages af en mjuk, dufäggstor tumör. — Kakexi. Dämpning med sträf respiration och rassel i fossæ supraspinatæ. — Feber.	——

eller normal förlossning.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† 6 mån. efter partus.	I uterus ett sår med ojämn botten och upphöjda ränder i hela öfre cervikalkanalen och nedre delen af corpus. Ett annat i vänstra hörnet af uterinhålan, trattformigt, går djupt in i muskulaturen.	I vagina, lungorna, lefvern, mjälten, njurarna, lymfkörtlarna i buken.	—	Utskaffade slamsor bestå af tättliggande, mångformiga, stora epitelialceller, liknande deciduaceller. Sårränderna i uterus samt metastasen i vagina visa »den vanliga byggnaden af cancer epithelialis.»
† 6 mån. efter partus.	Uterus knytnäfstor; kaviteten vidgad, fyld af en knottrig, fransad, rödgrå, lös svulstmassa, som utgår från hela corpushålan och öfre delen af cervix. I muskulaturen insprängda småtumörer.	I båda alæ vespertilionis och i lungorna.	Purulent peritonit och purulent, vänstersidig plevrit.	
† 6 mån. efter partus.	Uterus knytnäfstor; från fundus samt öfre hälften af främre och bakre väggarna utgår en svulst, lika den i fall I.	I lungorna.	Purulent pelveoperitonit.	Grupper af stora epiteliala celler i ett rikt vaskulariseradt stroma; mycket blod- och fibrinkoagler.
† 6 mån. efter aborten.	Uterus stor, från öfre hälften af främre väggen utgår en tumör, lik den i förra fallen. Små svulster insprängda i muskulaturen.	I högra ovariet, vaginalväggen, bäckenets lymfkörtlar och lungorna.	—	
† 4 mån. efter aborten.	I fundus en äpplestor svulst, buktande in i kaviteten; 7 smärre omkring den större; gränsen mot muskulaturen otydlig; snittytan rödgul, dels blåröd, lös.	En valnötstor vid blåshalsen.	Intraperitoneal blödning från en liten uterustumör, öfver hvilken peritoneum brustit (dödsorsak).	Noggrann undersökning ej gjord. (Patologisk anatomisk diagnos: Sarcoma telcangiectodes).
† (tid efter partus ej uppgifven).	—	I hjärnen talrika, i lungorna, njurarna, ovarierna, på colon decendens.	—	»Cancro ematode». I arteria pulmonalis och vv. ovaricæ element, lika dem i uteruskancern.

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
7.	SÄNGER. 1889.	23 år.	1 abort.	Abort i 2 mån.	Omedelbart efter aborten ihållande blödningar, illaluktande flytning, feber — parametritiskt exsudat. En mjuk elastisk tumör vid högra os ilei. — Uterus tilltar ständigt i storlek. — Dyspné.	—— Utrymning af uterus, incision i tumören vid höftbenet.
8.	v. KAHLDEN. 1891.	30 år.	3 förlossningar.	Normal förlossning.	3 veckor efter partus började ihållande blödningar; feber; dyspné, dämpning öfver högra nedre lungloben.	Destruerande placentarpolyp. Utrymning af »blodkoagel och väfnadsslamsor».
9.	PESTALOZZA I. 1891.	25 år.	2 förlossningar, 2 aborter i 7 och 4 mån.	Abort i 4 mån.	Omedelbart efter aborten började blödningar, hvilka med olika intensitet fortforo. Blödning från vaginaltumör. — På främre vaginalväggen en ulcererande tumör; uterus stor som i 2:a graviditetsmånaden. Anemi; oregelbunden feber; dyspné; hosta.	Malign vaginaltumör och någon abnorm graviditet (?) eller malign uterustumör. Blödningen från vaginaltumören stillas med omstickningar och tamponad.
10.	PESTALOZZA II. 1891.	33 år.	5 normala förlossningar.	Normal förlossning.	Kort efter sista förlossningen (huru långt ej uppgifvet) häftig underlifsblödning, hvilken sedan fortfor. — En sönderfallande tumör på högra vaginalväggen. — Uterus förstorad, ur den framhänger en polypös, blödande svulstmassa. — Kakexi; feber. De sista dagarna dyspné, hosta, blodigt serösa sputa.	Sarcoma uteri et vaginæ. ——
11.	GOTTSCHALK. 1892.	42 år.	2 normala förlossningar, 4 aborter.	Abort i 3 mån.	Ihållande blödningar efter aborten. Anemi; hosta. — Svulstmassor i uterus, som är förstorad, retroflekterad, mjuk. — Efter operationen frisk 4 mån.; sedan blodhosta; symptom af hjärntumör: förlamning, staspapill etc. Hastigt växande tumör i den högra njuren.	Deciduoma mal. Upprepade skrapningar och tamponad. *Vaginal exstirpation* af uterus — 7 mån. efter aborten. Försök att exstirpera njurtumören.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† 7 mån. efter aborten.	Uterus stor som i 4 - 5 graviditetsmån. — 4 tumörer tätt vid hvarandra i uterusväggen, till vänster och framåt buktande in denna i kaviteten. — Snittytan rubinröd, indelad i fack, lös.	I fossa iliaca dextra 1, i högra lungan 3, i vänstra 2, i diafragma 1, på 10:de högra refbenet 2.	Hæmothorax sin.	Talrika blödningar i tumören. Stora, epiteloida deciduaceller af växlande form och jätteceller i oregelbundna grupper och stråk. — Kärlväggarna genomväxas af tumörcellerna.
† 3½ mån. efter förlossningen.	Uterus förstorad, på bakre väggen å en barnhandstor yta polypös vegetation.	Inga.	Septisk myokardit, »fast ödem i båda lungorna».	Muskulaturen förstörd af den framträngande tumören, som bildas af epiteltappar med ett kärlförande centralt bindväfsstråk; spridda öar af epitelceller i muskulaturen.
† 6 mån. efter aborten.	Inuti uterus på främre väggen och i fundus en ulcererande, svampig tumör, som tränger på djupet af muskulaturen i stråk. Två små intramurala tumörer i främre väggen.	En stor ulcererande och en liten i vagina. Talrika små i lungorna.	Anemi.	Mycket blodextravasat. Alveolär anordning af runda sarkomceller. Jätteceller med en eller flere kärnar. — Muskulaturen spränges i sär af framträngande stråk af nybildning, hvilka följa längs muskelbunten eller kärlen. Jättecellerna på sina ställen hopade, så att de nästan uteslutande uppbygga tumören; eljes spridda. De påträffas långt inne i muskulaturen, i kärlväggarna, i venernas inre.
† något mer än 1 mån. efter blödningarnas början.	En tumör lik den i förra fallet på insidan af främre uterinväggen.	En stor ulcererande i vagina. Talrika i lungorna.	Anemi.	
† 13 mån. efter aborten; 6 mån. efter operation.	Ifrån fundus och högra väggen af corpus utgår en lös, grå eller mörkröd tumörmassa, trängande in i och förstörande muskulaturen.	I lungorna, i högra njuren, i mjälten.	(Hjärnmetastas ej påvisad då hjärnen ej fick uttagas.)	Svulsten bildas af förändrade villi, hvilkas stroma bildas af protoplasmarika celler med rund, blåsformig kärne; epitelet syncytialt med stora, kromatinrika, mångestaltade kärnar. — Dessa »maligna villi» sakna kärl; de växa in i muskulaturen, i blodkärlen. Epitelet är mest energiskt i framträngandet och först efteråt följer »stromat». — Metastaserna äro uteslutande bildade af epitel. — Blödningar finnas i riklig mängd såväl i primärsvulst som metastaser.

[N]:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
[1]2.	SCHMORL-KÖTTNITZ. 1893.	25 år.	3 normala förlossningar.	Normal förlossning.	Blödning, ihållande, direkt efter partus; efter 1 mån. tumör på bakväggen ini uterus, aflägsnas; — blödningar ånyo, dels från uterus dels från brustna vaginaltumörer; svulsten i uterus återbildas hastigt; många tumörer i vagina. Hosta; inga fysikaliska förändringar af lungorna, — feber, delirier, fortgående kraftuttömning.	»Destruerande placentarpolyp». Upprepade utrymningar af uterus utskrapning och omstickning af blödande vaginaltumörer.
[1]3.	SCHMORL. 1893.	?	?	»Förlossning».	12 veckor efter partus blödningar — ofta återkommande, ledande till döden.	——
[1]4.	LEBENSBAUM. 1893.	27 år.	6 normala förlossningar.	Normal förlossning.	5 veckor efter partus blödning — ofta återkommande, dels från uterus, dels från vaginalmetastas. — Katarral pnevmoni, plevrit, båda öfvergående. — Feber.	Cancer corporis uteri. Utskrapning af uterus. Exstirpation af vaginalmetastasen; total exstirpation af uterus 6 mån. efter partus.
[1]5.	JEANNEL. 1894.	26 år.	1 abort.	Abort 6 veckor efter sista menses.	Efter 2 mån. uppträda blödningar, hvilka med olika intensitet fortsätta i 13 mån. — Corpus uteri barnhufvudstor, retroflekterad; en treloberad tumör, nående öfver symfysen. — Portio fast, sluten.	Myom. Vaginal uterusexstirpation.
[1]6.	MARCHAND-AHLFELD. 1895.	17 år.	——	Graviditet i vänstra tuban.	Smärtor i underlifvet, profusa uterinblödningar och från en sönderfallande vaginalmetastas. En dylik ej ulcererande. — Pyemi; peritonit.	Sarcoma deciduocellulare. Utskrapning och bränning af vaginalmetastaserna.
[1]7.	MARCHAND-EVERKE. 1895.	34 år.	9 normala förlossningar.	Normal förlossning.	Efter 3 veckor upprepade blödningar; illaluktande flytning. — Uterus stor, retroverterad; i fundus en äpplestor, skör tumör, som lätt smulas sönder, hvarvid en stor perforation uppkom på bakre väggen.	—— Utrymning af uterus. Vaginal uterusexstirpation 5 mån. efter förlossningen.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† 2½ mån. efter förlossningen.	Dufäggstor, svampig svulst å bakre väggen och fundus uteri, som skjuter in i kaviteten, och som genomvuxit nästan hela uterinväggen. — Några ärtstora, små tumörer i uterinväggen.	Talrika i vagina: i lig. latum sinistrum; i lungorna.	Anemi.	Både modersvulst och metastaser ha en komplicerad byggnad, i hvilken såväl »deciduala som placentara beståndsdelar deltaga».
† »inom 6 mån.».	Likasom i förra fallet.	?	——	Lika förra fallet.
† 6 dagar efter operation i kollaps.	Uterus fyld af ulcererande svulstslamsor, utgående från fundus samt bakre och en del af främre uterusväggen.	I vagina.	(Obduktion omtalas ej.)	Tumören bildas af »kräftcellnästen», åtskilda af sparsam bindväf.
Pat. frisk.	En pulpös, hemorragisk svulstmassa genomsätter i form af knölar uterusparenkymet — mycket blödningar.	Inga.	——	Lika dem i Nové-Josserand & Lacroix' fall. Tab. B, n:r 10.
† 6 mån. från början. — Asfyxi genom aspiration af uppkräkta massor vid narkos.	En knytnäfstor tumör till vänster och öfver uterus, fastlödd vid närliggande organ; den innesluter en håla, fyld med sköra, trådiga massor, lika blodkoagel och placentarrester.	I vagina.	Varig peritonit, sepsis, anemi.	Svulstens karakteristiska beståndsdelar utgöras af ett balkverk af syncytium med stora, olika formade, färggiriga kärnar, mellan balkarna hopar af polyedriska glykogenhaltiga celler med runda, regelbundna kärnar (chorion-syncytium och Langhans' celler, ingenstädes deciduaceller).
Pat. frisk 13 mån. efter operationen.	Uterus betydligt förstorad; i fundus söndertrasad och med en rätt stor defekt. Mellan taggar af bibehållen muskulatur svulstslamsor.	Svulsttromber i vener, i ligamentum latum.	——	Lika som i förra fallet i allt hufvudsakligt.

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
18.	WHITRIDGE WILLIAMS. 1894.	35 år. (negress.)	5 normala förlossningar, 1 abort.	Normal förlossning.	1 vecka efter partus en ärtstor tumör i högra labium majus, som växer hastigt, blir ulcererande, gangrenös; perforerar till rektum. — — Blödning, stinkande flytning, feber.	Sönderfallande hematom. Septikemi.
19.	HARTMANN & TOUPET BEACH. 1895.	25 år.	1 normal förlossning, 1 abort.	Abort i 3 mån.	Genast efter aborten recidiverande blödningar; blodig flytning. — Feber. — Uterus stor, kännes ofvanför symfysen. — Förblödning.	Déciduome malin. Utrymning af uterus.
20.	SPENCER. 1895.	27 år.	2 partus.	Normal förlossning.	28 dagar efter partus afgång af blodiga, stinkande massor.	»Deciduoma malignum».
21.	KUPPENHEIM. 1895.	33 år.	5 förlossningar.	Förlossning 2 mån. för tidigt.	3 veckor efter förlossningen blödningar, ofta återkommande, profusa. — I uterus lösa tumörmassor, hastigt återbildade efter aflägsnande. — Defekt i slemhinnan efter tumören. — Anemi, feber.	—— 3 gånger utskrapning af tumörmassor. — Vaginal uterus-exstirpation 2 mån. efter förlossningen.
22.	PESTALOZZA IV. 1895.	32 år.	7 förlossningar.	Förlossning i rätt tid.	Förlossning långvarig, efter den någon blödning, återkom efter 7—8 dagar, sedan upprepades ständigt med olika mellantider, då sangvinolent flytning i stället förefans. Eftre 1 månad häftig blödning med afgång af klumpar (möjl. abort). — Försämring, anemi. En ärtstor tumör i vagina. Uterus förstorad, cervix öppen för fingret. Kavitetens väggar ojämna, från flere ställen växa sköra upphöjningar. Uterinväggen skör, fingret kan intränga djupt i dess substans. Skarp slef hotar att perforera. Hosta, rassel, blodiga sputa. Vaginalmetastasen växte hastigt. Blödningarna fortforo, hostan blef värre. Feber.	»Sarcoma deciduocellulare». Utskrapning (afbruten af fruktan för perforation). — Exstirpation af vaginalmetastasen för att förekomma ulceration.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† i sepsis 3 mån. efter partus.	Uterus af dubbla normala storleken; en $2\frac{1}{2} \times \frac{1}{2}$ cm tumör på bakre väggen, höjande sig öfver ytan, en mindre i fundus. Rödbruna i snittet, svampig struktur.	I labium majus, i vagina. Vid högra ovariet. Talrika i lungorna. I lefver, mjälte, njurar.	—	Tumören och metastaserna bestå af ett balkverk af stora oregelbundna celler med starkt färgbara kärnar — i maskorna blod.
† $7\frac{1}{2}$ mån. efter aborten.	På bakre väggen en lös, mörkröd klump, från hvilken nybildningen i två stråk genomsätter hela uterusväggen, så att två subserösa tumörknutar uppstå.	Ofullständig	obduktion.	Tumören bildas af trädlikt grenade vegetationer, bildade af ett cellrikt, kärlförande inre parti, omgifvet af syncytium. Tumörerna växa i uteri »sinus».
† $10\frac{1}{2}$ vecka efter partus.	På placentarstället en gangrenös tumör, som vuxit genom nästan hela uterinväggen.	I cervix och talrika i lungorna.	—	»Deciduoma malignum» »till utseendet ett storcellssarkom med typiskt syncytium.»
Frisk 10 mån. efter operationen.	I fundus en gråröd, körsbärsstor, i cavum framskjutande tumör.	—	—	(Skrap vid sista utrymningen. Stora epiteloida deciduaceller utan ordning bland väfnadsspillror, på ett ställe deciduaproliferation i slemhinnestycke. (Endometritis interstitialis med decidua-proliferation.)
† 6 mån. efter partus.	—	I vagina (lungorna). Obduktion	— tilläts ej.	Uterusskrapet består af slamsor af stora, mångformiga celler med stora kärnar; talrika karyokinesbilder. Vaginaltumören har ett balkverk af celler, lika dem i uterintumören, dessutom syncytium, olika mäktigt på olika ställen af tumören, än bildande hufvudmassan, än blott som smal strimma, skjutande in protoplasmautlöpare mellan de andra cellerna. — Maskrummen tomma eller fylda med blod eller detritus.

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
23.	FREUND. 1895.	40 år.	3 normala förlossningar.	»Förlossning i rätt tid, men litet foster.»	Under 3 mån. efter partus dagliga blödningar, sedan en häftig. Uterus stor, anteverterad. Cervix permeabel. En plommonstor placentarpolyp, utgående från främre högra väggen, utskaffas. — 7 veckor därefter en svulst i vagina. Blödningar uteblefvo i 8 veckor, sedan ihållande. På bakre vaginalväggen en nötstor, ulcererad, blödande tumör. Uterus förstorad. — En mån. senare — uterus stor som i 4:e månadens graviditet. I vagina några små svulster.	Placentarpolyp, sedan Sarcoma deciduo cellulare. Utskaffning af polyp. Exstirpation af ulcererande vaginaltumör. Vaginal exstirpation af uterus och metastaser i vagina 6 mån. efter partus.
24.	APFELSTEDT-ASCHOFF. 1896.	33 år.	2 normala förlossningar, 1 abort.	Abort i 4 mån.	5 veckor efter aborten upprepade blödningar, på mellantiderna serös flytning — 4 mån. efter aborten uterus stor, mjuk, tätt innanför modermunnen en dufäggstor tumör, som utslefvas. — 3 mån. senare — uterus knytnäfstor, mjuk, lösa massor utskrapas. — Efter operationen föll pat. af altmera. Dämpning öfver vänstra lungan, resp. ljud ej hörbart.	»Sarcoma deciduocellulare». 3 gånger utskrapning. — Totalexstirpation af uterus per vaginam 7½ mån. efter aborten.
25.	RESINELLI. 1895.	28 år.	3 förlossningar, 1 abort?	Abort i 3:e mån.?	Menses 2 ggr borta, därefter under svåra buk- och ländsmärtor häftiga blödningar, hvilka sedan fortfarit med mellantider, då pat. led af flytning, i början gulhvit, till sist svartaktig, stinkande. — Tumör i främre vaginalväggen. Cervix öppen för fingret, inuti uterus en hönsäggstor tumör, i midten sönderfallande. Anemi. — Kakexi.	—
26.	GÖTZE. 1895.	21 år.	1 normal förlossning.	Normal förlossning.	½ år efter partus blödning, som fortfor med korta afbrott i 5 mån. Mot slutet uppkom en barnhufvudstor tumör vid högra ljumsken. — Anemi. Ascites. Uterus stor, mjuk, rörlig. Högra ovariet förstoradt. I uterinkaviteten en hönsäggstor svulst af svampig konsistens. Senare: Parametrit. exsudat. Halfhönsäggstor tumör i vagina. Blödningar; feber.	»Deciduo-sarkom». Utskrapning af tumören i uterus. Incision af vaginalsvulsten. Profskrapning. Proflaparotomi.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
Frisk $1\frac{1}{4}$ år efter operationen.	Uterus stor, med förtjockade väggar. Dess kavitet fyld af en äggstor tumör, utgående bredt från bakre väggen. Den är till största delen beklädd af slemhinna, tränger på djupet nästan till serosan. — Snittytan brokig af blödningar.	I vagina.	——	Den först utskaffade bildningen en vanlig »placentarpolyp.» Uterusskrap, tumören i uterus och vaginalmetastaserna — typiskt »sarcoma deciduocellulare». Enligt senare undersökning finnes blott ett karakteristiskt svulstelement — syncytium, hvilket dels uppträder i form af jätteceller, dels som sammanhängande massor. Inga LANGHANS'ska celler. Detta såväl i hufvudtumör som metastaser.
† 1 mån. efter operationen, $8\frac{1}{2}$ mån. efter aborten.	Från bakre väggen och fundus utgår bredbasigt en knottrig, mjuk tumör, stor som ett litet äpple. Den tränger på djupet nästan fram till serosan. Snittytan tecknad »bladig» af blödningar.	Talrika i lungorna, i magen ulcererande tumörer, likaså i tunntarmen. I pankreas, kring lefverporten, mesenteriet, benmärgen af femur.	Allmän anemi, fettdegeneration af myokardiet, brun lefveratrofi, fibrinös plevrit på båda sidor, lungödem.	Stora spolformiga och greniga jätteceller i stråk tränga in och förstöra muskulaturen, djupare in enstaka celler. På ytliga ställen »protoplasmamassor med flere kärnor, liknande syncytium», typiskt syncytium saknas dock. Metastaserna ge samma bilder.
† 4 mån. efter aborten.	Hönsäggstor tumör på framväggen af uterus.	I vagina, ena tuban, lungorna, lefvern.	——	Tumörens element, dels enkärnade celler med klar protoplasma, dels jätteceller lika MARCHANDS syncytiala massor.
† 13 mån. efter förlossningen.	I vänstra tubarhörnet en framskjutande tumör, därifrån en perforation till ventrala ytan.	Små tumörer i uterus; ena ovariet, vagina, vänstra njuren, lefvern.	——	Den utskrapade uterustumören består af en »massa nekrotiska villi och betydliga deciduommassor». (Närmare beskrifning skulle framdeles meddelas.)

r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
7.	ACZÉL. 1896.	22 år.	2 aborter, 1 normal förlossning.	Normal förlossning.	Ostillbara blödningar från underlifvet. Septiska feberanfall. (Sjukhistorien mycket ofullständig.)	Uterusfibrom och lungsot.
8.	v. FRANQUÉ. 1896.	32 år.	6 förlossningar.	Normal förlossning.	4 veckor efter partus började blödningar, hvilka sedan fortfara flere månader. Uterus stor, mjuk, i uterus svulstmassor lika placentarväfnad, efter deras utskaffande till vänster bakåt ett nästan papperstunt ställe i uterinväggen. — Feber. Blodiga sputa, intet abnormt från lungorna.	Sänger-Marchands' tumör. Två gånger profskrapning. Vaginal uterusexstirpation 5 mån. efter partus.
29.	LEOPOLD. 1896.	26 år.	?	Normal förlossning.	Strax efter barnsängen 6 veckors blödning. Sedan flere månader långvariga blödningar. — Efter häftig smärta i underlifvet — akut anemi, som kräfde omedelbart ingrepp. Uterus stor, bakom den en degig massa.	Inre förblödning. Exstirpation af uterus genom laparotomi.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† 9 mån. efter förlossningen.	Bakåt, till vänster i fundus ett ulceröst, sönderfallande ställe med perforation åt peritoneum.	Talrika i lungorna, en submukös på ileum, i cervix, i vagina.	Varig peritonit.	Hufvudmassan hyalin med talrika blödningar. Cellerna dels strödda, dels i stråk. På några ställen tydlig villarstruktur. Cellerna stora, polyforma; kärnarna än blåsformiga, än oregelbundna.
Frisk 7 mån. efter operationen.	På vänstra bakre väggen en hönsäggstor, svampig, blodröd svulstmassa.	—	—	*Skrapet* med stora homogena protoplasmamassor med stora, oregelbundna, hyperkromatiska kärnar och enstaka ljusare celler. *Tumören* bildas dels af stora blåsformiga celler med en kärne och tydliga gränser, dels mångformade, mörkare protoplasmamassor med oregelbundet inlagrade kärnar. Syncytiet dels i kolflika strängar, dels omgifvande grupper och strängar af de ljusa cellerna. Syncytiala massor anträffas ofta djupt in i muskulaturen, dylika genomtränga kärlväggarna och ligga till slut fritt i lumen.
—	På framsidan af uterus 6—8 blåröda svulstknutar. En af dessa brusten, blödande. Tumören har från insidan vuxit genom nästan hela muskelväggen.	—	—	—

B. **Maligna uterus-**

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
1.	MECKEL-GREGORINI. 1795.	?	?	Mola i 10 mån.	»Kloros; anasarka; lungftisis».	—
2.	GUTTENPLAN. 1883.	28 år.	7 normala förlossningar, 1 mola.	Mola i 2—3 mån.	Omedelbart efter molan upprepade blödningar, afgång af väfnadsslamsor; serös flytning; anemi; feber. — Uterus förstorad, fyld af mjuka slamsor (»af deciduaväfnad»); på främre uterinväggen en djup substansförlust. Blödning från en knöl i vagina. — Blodiga sputa; dämpning öfver högra lungan. — Små tumörer i vulva och vagina.	— Manuel utskaffning af molarester. Utrymning af uterus.
3.	MEYER. 1888.	55 år.	3 normala förlossningar, 1 mola.	Mola i 5 mån.	Efter molan blodig flytning och starka menorragier. — 6 mån. efteråt profus blödning. — Uterus når 3 finger öfver symfysen, fyld af en gåsäggstor, svampig massa. — Ständigt återkommande blödningar, feber, kraftuttömning.	— Molarester utskaffas manuelt, de sitta mycket fast vid väggen. — Tumören i uterus utslefvas.
4.	PFEIFER. 1890.	36 år.	4 normala förlossningar, 1 mola.	Mola.	9 mån. efter molan ihållande blödningar. — Uterus står en handbredd öfver symfysen. — Tilltagande kraftnedsättning. Dyspné, hosta.	(Molarhafvandeskap eller maligna uterustumör och lungtuberkulos.)
5.	KALTENBACH-RUMMEL. 1890.	46 år.	11 förlossningar, 1 mola.	Mola i 4 mån.	Efter 5 mån. serös, sedan illaluktande flytning; blödningar. — Kakexi. — Uterus förstorad, når en tvärhand öfver symfysen, orörligt fixerad. På högra väggen ini uterus en bredbasig, ojämn, fasttumör. — Mjuka, flikiga slamsor kunna utslefvas. — Peritonit.	— (Exstirpation omöjlig.)
6.	MÜLLER. 1891.	30 år.	6 normala förlossningar, 1 mola.	Mola i 5 mån. (abortus provocatus för anemi och albuminuri).	Upprepade blödningar; stinkande flytning — anemi. — Uterus stor; i den mjuka tumörmassor; på sidorna knöliga massor — »cystösa» knottror i vagina, en stor tumör i glutealtrakten.	— Skrapningar och utrymning af uterus.

tumörer efter mola.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† ungefär 1 år efter molans afgång.	Från fundus skjuter upp en mjuk, blodrik tumör öfver bäckenets gränser, växande äfven inåt.	?	I lungorna förtätningar och kaverner.	—
† 4 mån. efter molans afgång.	På bakre, högra uterinväggen en mjuk, sönderklyftad tumör med insprängda blödningar — en mindre tumör på vänstra väggen.	I vulva och vagina; talrika i lungorna.	—	»Hæmorragiskt spolcellsarkom».
† 8 mån. efter molans afgång.	Gåsäggstor afgjutning af uterinhålan. Vid obduktionen blott lösa, sönderfallande slamsor och smärre tumörknottror af trådig struktur.	Inga (?).	(Ofullständig obduktion.)	In i muskulaturen skjuta epitelsträngar, ofta greniga, samlade i större och mindre härdar, i strängarnas inre finnas bindväfsceller och — trådar. Strängarna antas växa i lymfkärlen. (Epithelioma papillare.)
† 13 mån. efter molans afgång.	Uterus förstorad; dess håla utfyld af en knytnäfstor tumör, utgående från fundus och bakre, högra väggen. — Tumören genomsatt af blödningar och nekrotiska partier.	I lungorna, vagina.	I ena lungspetsen en gammal tuberkulös härd.	Ovanligt stora, ovala eller spolformiga celler i grupper, omgifna af kärnrikt bindväfsbalkverk.
† 9 mån. efter molans afgång.	Uterus stor, fyld af bruna, sönderfallande väfnadsslamsor; tre perforationsöppningar till peritoneum — en stor intramuskulär tumör.	—	—	»Sarkom».
† 5 mån. efter molans afgång.	—	I vagina flere, en stor i glutealtrakten.	Obduktion fick ej göras.	Insnitt i en vaginaltumör gaf blod och decidualceller (Deciduoma malignum)

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
7.	PESTALOZZA. III. 1891.	45 år.	9 förlossningar, 1 mola.	Mola i 4 mån., mycket stor.	Drufbörden, som var förenad med häftiga blödningar, framkallade svår anemi, ur hvilken pat. ej fullt tillfrisknade. — Efter en tid försämring, dyspné, hosta. — Obetydliga, oregelbundna månatliga, blödningar. Tumör i hypogastriet upptäckes 1 år efter molan. Uterus stor, mjuk i nedre delen, som vid graviditet. Sond kan införas 15 cm. — Hosta, diffusa rassel — ingen dämpning. — Kakexi. — Död hastigt i syncope.	Ny molargraviditet eller uterustumör.
8.	SUPERNO. 1892.	32 år.	5 normala förlossningar, (1 mola).	(Mola i 3 mån., ej utstött.)	10 mån. efter sista partus uteblefvo menses 3 mån., sedan häftiga blödningar, åtföljda »af smärtor och nervösa symptom». — Uterus stor, fast. Graviditetstecken saknas. — Höggradig anemi. — (3 mån. efter operationen) blodkräkning med hönsäggstor tumör i pylorustrakten; försvunnen efter 1 år; antogs ha varit ulcus ventriculi.	Submuköst myom. Vaginal uterus exstirpation (när ej angifvet).
9.	LOEHLEIN. 1893.	47 år.	6 normala förlossningar, 1 mola.	Mola i 7 mån.	1½ år efteråt oregelbundna blödningar; serös flytning. — 2 år efter molan en tumör i uterus, polypös, lös konsistens. — Efter dess utskaffande hastigt recidiv. Uterus barnhufvudstor; blödningar, stinkande flytning, feber. — Sedan: blodhosta, andnöd.	—— Två gånger utrymning af uterus. — Exstirpation af uterus — 2 år 2 mån. efter molan.
10.	NOVÉ-JOSSERAND & LACROIX. 1894.	24 år.	2 normala förlossningar, 1 mola.	Mola i 4 mån.	1 mån. efter molan blödningar och blodig flytning. — Uterus stor, på främre väggen ett löst ställe, där fingret (intrauterint) kan intränga djupt.	»Déciduome malin». Utskrapning. Vaginal uterusexstirpation 4 mån. efter molan.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† 15 mån. efter molans afgång.	Uterus barnhufvudstor, I främre väggen en mjuk, spongiös tumör, som spränger i sär muskulaturen och förstör den. Tumören bildas af några större knölar, i omgifningen smärre isolerade. — I bakre väggen en subserös, hasselnötstor svulst. Uterusslemhinnan slät, ser normal ut.	I lungorna talrika till ärtstora småtumörer af brunröd färg.	Arterioskleros, gråaktig hjärtmuskulatur, akut nefrit.	Uterusslemhinnan har deciduakarakter. Öfver tumören i främre väggen bilda »deciduacellerna» ett kompakt lager. Kärlen i tumörens omgifning vidgade; i deras lumen på talrika ställen massor af hopgyttrade epiteloida, polygonala celler, omgifna af en protoplasmaring med däri inströdda stora kärnar. Metastaserna i lungorna bildas af dylika epitelialmassor. Tumörbildningen spränger i sär muskelbuntarna, hvilka bilda balkar mellan tumörens typiska beståndsdelar.
Frisk 1 år efter operationen.	I uteruskaviteten och dess väggar »blåsor typiska för mola».	—	—	Öfverensstämmer med PESTALOZZAS fall VI: Degenerade chorionvilli, från hvilka epitelet prolifererar, framträngande mellan muskelbuntarna och långs kärlen — utöfvande ett destruerande inflytande på omgifningen.
† 3 år 3 mån. efter molans afgång. 1 år 1 mån. efter operationen.	På främre, högra väggen och fundus (efter utrymningen) ett ulcus med sönderklyftad botten; spridda små knölar.	(I lungorna.)	—	»Tydlig sarkomatös struktur med härdvisa insprängningar af deciduaceller». — Sarcoma deciduocellulare (LÖHLEIN). Svulstens yngsta delar bestå af tydligt syncytium, som skjuter in mellan uterinmuskulaturen; här och där, särskildt i närheten af blödningar, uppdelar sig syncytiet i polyedriska celler. — Carcinoma syncytiale. KOSSMANN.
Frisk 3 mån. efter operationen. (Enligt JEANNEL frisk ännu omkr. 14 mån. efter operationen.)	Uterus förstorad, på främre väggen en grop; på den bakre en nötstor pedunkulerad tumör; ett par intramuskulära, små. — Snittyta blodrik, med svampig teckning, lös.	—	—	Tumören bildas af celler, samlade i nästen eller stråk, skjutande in i muskulaturen; mycket blodsamlingar. Cellerna af två slag; polygonala med ensam, blåsformig kärne — stora, månggestaltade celler med en eller flere kärnar, oregelbundna, starkt färgbara.

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
11.	PERSKE-FRÆNKEL. 1894.	26 år.	1 mola.	Mola i 4 mån.	Efter molan dubbelsidig parametrit. — 1 år 8 mån. efter molan smärtor i underlifvet, hvarest en stor fluktuerande högersidig tumör kan palperas, nående upp till nafveln. Plötsligen blödning genom blåsan, hvarvid tumören minskas. — På båda sidor gåsäggstora tumörer; i medellinien en resistens, nående till midt emellan nafveln och symfysen. Vid laparotomi öppnas uterus; den är fyld af lösa massor, som likna placentarvilli. — Profusa blödningar från vagina, blåsan — hektisk feber — långsamt fortskridande kraftuttömning.	Deciduoma malignum. Molarester utskaffas manuelt — en del sitter hårdt fast i uterusväggen. — Laparotomi; dubbelsidig exstirpation af multilobulära, cystösa ovarialtumörer. — Uterus fixeras vid bukväggen, öppnas; svulstmassorna utrymmas, uterus tamponeras.
12.	KLIEN. 1894.	27 år.	2 normala förlossningar, 1 abort, 1 mola.	Mola i 4—5 mån.	Upprepade blödningar kort efter molans afgång. Illaluktande flytning. Uterus stor som i 2:a graviditetsmån., mjuk. I högra vaginalfornix en äpplestor tumör. — Anemi; feber.	Deciduoma malignum.
13.	MENGE. I. 1894.	36 år.	8 normala förlossningar, 1 abort, 1 mola.	Mola i 6 mån.	4 mån. efter molan en häftig uterinblödning, som efter skrapning upphörde; efter ytterligare 2 mån. upprepade blödningar. Uterus förstorad, å främre och högra väggen lösa tumörmassor af placentalik struktur — efter deras aflägsnande en kraterlik defekt i väggen. Feber. — Efter operationen tumör i vaginalväggen, ulcererar, stinkande flytning.	Deciduo-sarcoma uteri. Manuel utskaffning af molarester. 3 gånger erasion af uterus. — Vaginal uterusexstirpation. Exstirpation af en vaginalmetastas.
14.	MENGE. II. 1894.	18 år.	1 mola.	Mola i 2 mån.	Blodig, illaluktande flytning; anemi, feber, 6 veckor efter molan. — Uterus stor som i 2:a gravidetetsmån. På insidan af främre väggen hasselnötstora knölar, hvilka utskrapas med skarp slef. — Efter 8 dagar återbildade, större än förut — ny utskrapning — därefter upphörde blödningarna, och pat. förbättrades mycket.	Deciduo-sarcoma. Molan utskaffas manuelt. 2 gånger utskrapning af tumörer i uterus.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† 1 år 11 mån. efter molans afgång.	Uterus fastvuxen vid coecum och en tunntarmsslynga; i fundus en valnötstor tumör, på högra väggen ett hål, ledande till en bakom uterus liggande citronstor svulst — nedre delen af kaviteten utklädd af en ulcererande fungös tumörmassa — i cervix en hasselnötstor svulst.	I båda parametrierna talrika till körsbärsstora knölar. — Vid blåshalsen ett konglomerat, åt blåsan ulcererade tumörer. — Flere små svulster i vagina. — I mjälten flere ärtstora. (Lungorna fingo ej uttagas.	(Obduktion ofullständig.)	Nybildningens karakteristiska beståndsdel är protoplasmamassa utan spår till cellgränser med talrika kärnar. Detta syncytium tränger fram i stråk utan stroma, sprängande i sär muskelbuntarna och förstörande dem. Någon typisk struktur finnes ej, då tumören öfveralt är genomsatt af blödningar.
† 8 mån. efter molans afgång.	På högra väggen i uterinkaviteten en 5,5 cm. lång, 1,5 cm. tjock tumörmassa, med kavernös snittyta.	I högra och bakre fornix vid sidan om cervix en stor tumör, 1 ärtstor i vänstra vaginalväggen. Den större ulcererande åt vagina. — Talrika i lungorna.	Anæmia generalis.	Tumören utgöres af ett balkverk med oregelbundna maskor; blödningar i olika stadier af organisation. Balkarna bildas af »deciduala» celler och jätteceller med polymorfa kärnar. Tumörcellerna växa in i kärlen, så att dessa till sist ombildas till gångar, helt och hållet omgifna af nybildningen.
† 6 mån. efter operationen, 13 mån. efter molans afgång.	På inre, främre och högra väggen en valnötstor tumör af lös, placentalik beskaffenhet. — Ett par små tumörer i uterinväggen.	I vagina; flere i lilla bäckenet subseröst sittande; i mjälten, på ventrikeln, på tarmen — talrika i lungorna, en i en bronkialkörtel, en i femurs benmärg.	—	»Deciduaceller» i stråk, inneslutna i endotelklädda gångar, eller grupper af »deciduaceller». Muskulaturen genomsättes af dylika stråk eller enstaka »decidualceller».
?	Hasselnötstora tumörer på insidan af främre väggen.	—	—	Spolformiga och runda »deciduaceller» och jätteceller, inströdda bland muskulaturen, mest enstaka men äfven i strängar. (Skrapundersökning.)

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
15.	ZWEIFEL. (1894).	»Junge Frau».	1 förlossning, 1 mola.	Mola.	Upprepade blödningar efter molan, hvilka ej kunna hejdas af utskrapningar, injektion af järnklorid eller tamponad. I ena tubarhörnet en hasselnötstor »placentarpolyp». — Häftig blodhosta, ihållande — dämpning, och bronkialandning på ett ställe. Sputa hålla ej tuberkelbaciller.	—— 2 gånger utskrapning. Injektion.
16.	BACON. 1895.	48 år.	8 normala förlossningar, 2 aborter, 1 mola,	Mola i 9 mån.	5 veckor efter molan upprepade häftiga blödningar från underlifvet. — Uterus förstorad, mjuk; på insidan och bakre väggen placentarslamsor. — Anemi. Håll i bröstet, blodhosta, dämpning å ett par ställen, rassel, gnidningsljud.	Residua placentæ. Skrapning.
17.	SCHAUTA. 1895.	29 år.	3 förlossningar, 1 abort, 1 mola.	Mola i 8 mån.	1 mån. efter molan börja ihållande blödningar — anemi. — Framför och bakom uterus mjuka, apelsinstora tumörer (ovarierna). På insidan skjuta mjuka tumörmassor fram från främre (?) väggen. — En hasselnötstor svulst å bakre vaginalväggen.	Sarcoma deciduo-cellulare. (Manuel utskaffning af molan.) Totalexstirpation af uterus och annex samt vaginalsvulsten 1½ mån. efter molan.
18.	TANNEN. 1895.	23 år.	1 normal förlossning, 1 abort, 1 mola.	Mola i 3 mån.	Blödning i 3 veckor efter molan, upphörde; 7 mån. efteråt börja svåra blödningar; anemi. — Uterus stor som i 3:e graviditetsmån., massor af abortrester utskrapas. — Öfvergående förbättring. — Blodig, stinkande flytning — hastig afmagring — feber. Tumören återbildad.	Deciduoma malignum. 2 gånger utskrapning. Vaginal uterusexstirpation — ungefär 8 mån. efter molans afgång.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† kort tid efter molans afgång.	Obduktion tillåts ej.			Deciduaceller påvisade; närmare undersökning ej gjord.
† 6 mån. efter molans afgång.	Uterus förstorad. En mjuk, röd massa på bakre väggen och i fundus med polypösa exkrescenser på ytan.	I högra ligamentum latum — talrika i lungorna.	Endometritis et salpingitis suppurativa; peritonitis purulenta diffusa; pleuritis purulenta bilateralis; marasmus universalis.	Stora »deciduaceller» af oregelbunden form och färggirig kärne tränga enstaka eller i rader in i muskulaturen och kärlväggarna. Dylika celler äro här och där samlade till små nästen eller tumörmassor. Syncytium, jätteceller förekomma.
Frisk nära 1½ år efter operationen. (NEUMANN.)	En gråröd, något upphöjd tumör på bakre väggen, skjuter djupt in i muskulaturen. — En ärtstor, subserös svulst å främre väggen.	En i vaginalväggen.	—	Svulsten består af »decidualiknande» celler; mellan dem chorionvilli, obetydligt förändrade. Epitelet tyckes på några ställen prolifereradt, men vid noggrannare betraktande visar sig detta vara »deciduacellerna», hvilka ligga i kontakt med epitelet. (SCHAUTA.) Tumören bildas af syncytium och LANGHANS'ska celler, hvilka i strängar tränga in i muskulaturen. De LANGHANS'ska cellerna i grupper, hvilka förstöra väfnaden som vid karcinom. Syncytiet, dels som hölje omkring cellmassorna, dels som isolerade bildningar. De senare ligga i muskelspringorna; intränga äfven genom kärlväggarna och in i kärllumina. I uterintumörerna bibehållna myxomatösa chorionvilli. I vaginalmetastasen blott syncytiala bildningar. (NEUMANN.)
Frisk 1 år 7 mån. efter operationen.	—	—	—	Stora deciduaceller utan bestämd anordning, blödningar. Stråk af deciduaceller skjuta in på djupet i muskulaturen. Sarcoma uteri deciduo-cellulare (TANNEN). Tumören bildas dels af ett balkverk af syncytium med kromatinrika kärnar, dels af celler med kromatinfattiga kärnar — dels af olikformade celler med protoplasma och kärnar af samma karakter som syncytiet. Neoplasma malignum chorio-villosum placentale post myxoma chorii (GOTTSCHALK).

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
19.	PESTALOZZA. V. 1895.	22 år.	1 normal förlossning, 1 mola.	Mola i 2 mån.	Efter molan upprepade blödningar, anemi, hosta. — Efter operationen försvann hostan; anemien gick tillbaka undan för undan.	»Sarcoma deciduo-cellulare». Explorativ erasion. Vaginal uterusexstirpation 3 mån. efter molan.
20.	PESTALOZZA. VI.	44 år.	11 normala förlossningar, 1 abort, 1 mola.	(Mola, ej utstött.)	I 5 mån. före inkomsten till sjukhuset oregelbundna, profusa blödningar. Uterus stor som i 3:e graviditetsmån., mjuk. Cervix öppen. Vid utskrapning utskaffas en massa typiska molablåsor. Till vänster intränger slefven djupt i uterinväggen; fara för perforation.	»Sarcoma deciduo-cellulare». Utskrapning af mola. Vaginal uterusexstirpation — 9 dagar därefter.
21.	APFELSTEDT-ASCHOFF. 1896.	42 år.	2 normala förlossningar, 1 mola.	Mola.	Redan under molargraviditeten vänstra labium majus svullet, ömt. 8 dagar efter drufbörden fluktuerande tumör därstädes, hvilken växte hastigt. Från denna tumör en fortsättning längs vagina, buktande in denna. Vid incision utskaffas en klase *molara blåsor*. — Uterus stor retroflekterad, mjuk, afgränsad från tumören längs vagina. Ur uterus utskrapas degenererade chorionvilli. — Efter incisionen upprepade blödningar från hålan. — Pyemi.	—— Incision 3 mån. efter molans utstötande. Utskrapning af uterus.
22.	RUNGE. 1896.	44 år.	Flere förlossningar.	Mola.	Sista förlossning för 3 år sen, menses aldrig borta sedan dess. Sedan 5 mån. oregelbundna, täml. starka blödningar. Anämi. Uterus når upp en tvärhand öfver symfysen, mjuk, förstorad. Bakåt åt vänster en glatt, hård, apelsinstor tumör, omedelbart öfvergående i uterus. — Cervix sluten.	Myoma uteri. Supra-vaginal uterusexstirpation.
23.	CAZIN. 1896.	30 år.	2 normala förlossningar, 1 mola.	Mola.	Blödningar fortforo oafbrutet i 3 mån., då utskrapning gjordes. — Blödningarna fortsatte ändock. Kraftnedsättning. Uterus stor, rörlig, till höger en tumör i annexen.	Först: placentarrester, sedan: Sarcoma uteri. Utskrapning. Vaginal uterusexstirpation 9 mån. efter molan.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
Frisk mer än 1 år efter operationen.	I högra tubarhörnet en oregelbunden fläck med upphöjda kanter, under hvilken muskulaturen är skör och sönderfallande.	—	—	Stora celler med talrika kärndelningsfigurer och jätteceller tränga in mellan muskelbuntarna, sprängande dessa i sär. Degeneration af muskelcellerna på grund af kärltrombos. — Jättecellerna ha en kärne, färgas dåligt = degenerativa former.
Frisk 1 år efter operationen.	Till vänster en djup substansförlust efter utskrapningen.	—	—	Stråk af epiteliala celler och enstaka dylika tränga djupt in i muskulaturen, mellan muskelbuntarna och längs kärlen. — Stark anhopning af epitelceller å de utskrapade mola-villi.
† 4 mån. efter drufbörden.	På vänstra uterinväggen en hasselnötstor, mjuk tumör med strimmig, rödaktig snittyta. — Hålan längs vagina ej i någon som hälst förbindelse med uterus. Dess inre är täckt af 5 mm. tjockt lager af mörkröd, sönderfallande tumörmassa.	Paravaginal metastas af mola — och tumör. — Tumörmetastas i lungan och mjälten.	(Pyemi, allmän anemi.)	Blåsorna i den paravaginala hålan typiska mola-villi. (Obduktionsmaterialets beskaffenhet tillät ej någon noggrannare undersökning.
Frisk 3 mån. efter operationen.	Baktill skjuter en tumör in i uterinkaviteten, bestående af blodmassor och rödaktig väfnad. — Kavitetens väggar besatta med små svulster. I svulstmassan tydliga molablåsor.	—	—	Djupt in i muskulaturen intränga stråk af mångformiga celler — än spridda. Kring kärlen större mängd framträngande celler. Svulstcellerna starkt glykogenhaltiga. — Chorion-karcinom.
Frisk 1 år 11 mån. efter operationen.	Uteruskaviteten intages af en fungös, mjuk, sönderfallande tumör, utgående från bakre väggen. Snittytan af spongiös blodinsprängd väfnad.	I högra ovariet.	—	Tumörens karakteristiska beståndsdelar äro celler, liknande vanliga sarkomceller, dels jätteceller lika deciduaceller, hvilka i rader tränga in mellan muskelbuntarna. — Nekrotiska partier och blödningar i massa.

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
24.	*Eget fall.*	42 år.	2 normala förlossningar, 1 mola.	Mola.	7 veckor efter molan instälde sig blödning, som sedan alt jämt återkommit; dessemellan blodig flytning. — Anemi. — Uterus knytnäfstor; i vagina talrika metastaser, ärt- till nötstora. — Efter operationerna tilltagande krafter.	»Deciduo-sarcoma». Exstirpation af uterus genom laparotomi — 1 år 11 mån. efter molans afgång. Exstirpation af de vaginala metastaserna.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
Frisk 11 mån. efter operationen.	Päronformig, skör svulst med brokigt tecknad snittyta, utgående bredbasigt från bakre väggen af corpuskaviteten.	I vagina talrika.	—	Svulsten uppbygges dels af syncytiala massor, dels af polygonala celler, mellan hvilka senare här och där syncytiala utlöpare framgå. Uterustumören med papillärt växtsätt; metastaserna sakna typisk anordning af de karakteristiska elementen. — Talrika blödningar och nekrotiska partier så väl i primär tumör som metastaser.

Utom dessa 53 fall finnas några helt summariskt omnämnda.

I diskussionen efter SÄNGERS och MÜLLERS föredrag vid tyska gynekologkongressen i Bonn 1891 förklarar VEIT, att han haft 1 (möjligen 2) hit hörande fall och omtalar detta i största korthet. Efter en abort fick kvinnan upprepade blödningar; utskrapning gjordes 2 gånger; sista gången diagnosticerades cancer på skrapet. Pat. afled efter några månader af metastaser.

FREEBORN har iakttagit och opererat ett fall af »deciduosarcoma». Hans berättelse är mycket knapphändig. Patienten »gave a history of pregnancy» — det är alt. — I den exstirperade uterus fans en liten knölig massa, som mikroskopiskt visade sig vara »deciduosarcoma».

Enligt uppgift af WHITRIDGE WILLIAMS har BOLDT publicerat ett annat fall, om hvilket det omdömet gifves, »att alla anatomiska detaljer saknas i den korta berättelsen», så att man ej kan säga hvad som föreligger. —

ZIEGENSPECK upptar i ett föredrag om intrauterin palpation ett fall af »deciduo-carcinoma» i sin tabell, där all upplysning som lemnas är, att radikaloperation afslogs.

Vid aprilsammanträdet af Obstetrical Society of London[1]) omtalades fall af »deciduoma malignum» af RUTHERFORD MORISON och HEBB, men dessa torde ännu ej hunnit meddelas, åtminstone ha vi ej kunnat finna dem hvarken i referat eller original. (*Lönnberg*).

Anatomi.

Makroskopisk beskrifning af den exstirperade uterus.

Den exstirperade uterus är drygt knytnäfsstor, 15 cm. lång från fundus uteri till os externum; afståndet mellan de båda tubornas fäste 10 cm. Uterus af vanlig form. Annexen förete intet abnormt. Peritonealbeklädnaden öfveralt jämn och glatt, något förtjockad. Uterus uppkliptes genom ett mediant längdsnitt å framsidan. Härvid befans corpushålan vidgad och utfyld af en regelbundet päronformad tumör. Den utgår bredbasigt, ostjälkad från nästan hela bakre väggen och tillstötande del af fundus.

Tumörens yta är vågig, ojämn och betäckt af ett smutsigt rödgrått, mörjigt öfverdrag. Dess längd är 8,5 cm., och dess

---

[1]) Lancet. 1886, I. s. 1067 à 1357.

största bredd 5,7 cm., ligger 2 cm. från öfre kanten. Tumören genomskars af ett sagittalt halfverande snitt. Snittytan företer ett större centralt parti (ungefär 4 1/2 cm. långt och 3 cm. bredt) af kittgrå färg med insprängda gula partier. Konsistensen är här mörjig, ostigt sönderfallande. Någon bestämd teckning kan ej spåras.

Öfriga delar af svulsten har ett rödbrunt, spräckligt utseende. Vid närmare granskning befinnes, att spräckligheten betingas af ett, tumören genomdragande balkverk, bildadt af smala, ljusare röda gelatinösa stråk, hvilka omsluta större och mindre oregelbundna fläckar, dels grågula, liknande det nyss beskrifna centrala partiet, dels brunröda, äfven dessa lösa, mörjigt sönderfallande, afstickande mot de kådiga, sega balkarna. De lösa partien till mängden betydligt öfvervägande. Tumörens gräns mot muskulaturen i det stora hela skarp; gränslinien dock med tämligen starkt inskjutande taggar

Slemhinnan i corpuskaviteten jämn och glatt, fast och tydligt förtjockad.

Muskulaturen blekröd, fast. Tjockleken å främre väggen 1,8 cm.—3 cm.

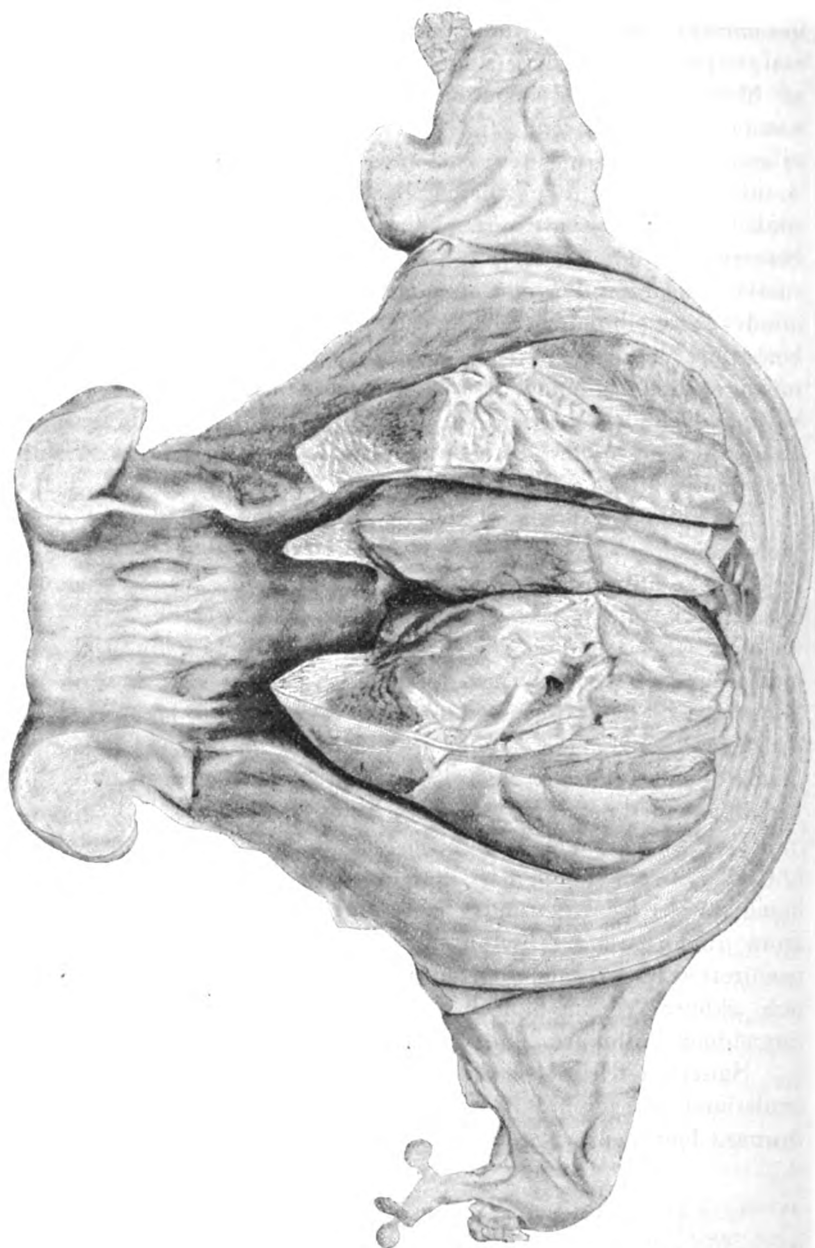
På bakre väggen af corpushålans nedre del en kortstjälkad, ärtstor polyp, hvilken på genomsnitt visar sig vara blodrik af lös konsistens. I cervikaldelen flere, mestadels hampfröstora tumörknottror, belägna under slemhinnan, som oskadd passerar öfver dem. I den pericervikala bindväfven några smärre, till ärtstora svulstknottror.

Det exstirperade triangulära vaginalpartiet (efter formalinhärdning) 8 cm. långt, 6 1/2 cm. bredt, utgöres af en massa (omkring 20 st.) från hvarandra isolerade, från ärt- till hasselnötsstora tumörer, öfver hvilka slemhinnan går oskadd. Några af tumörerna ligga omedelbart under ytan, buktande fram denna, och skimra igenom blåröda, alldeles liknande varices, flertalet ligga dock i djupare bindväfslager.

Snittytan visar (likaledes efter härdning), att hvarje liten svulstknöl är sammansatt af smärre svulstpartier, omgifna af de djupare lagren af väggens vaginalbindväf.

Mikroskopisk undersökning.

I och för den mikroskopiska undersökningen lades vid operationen mindre stycken af såväl hufvudtumör som vaginal-



Den exstirperade uterus, öppnad genom ett snitt å främre väggen.

metastaser i mättad sublimatlösning, och Flemmings lösning. Dessutom lades en del bitar direkt i alkohol och Müllers lösning. De exstirperade tumörerna ha bevarats i svag (0,2—0,5 %) formalinlösning. Inbäddning med celloidin har uteslutande användts. Snitten ha färgats med hematoxylin-eosin och saffranin; äfven färgning med Biondis vätska har profvats, men då denna metod ej syntes ge fördelaktigare bilder än dem, man erhöll med hematoxylin-eosin, och färgningen därmed tar så betydligt längre tid, uppgafs denna metod. Snittens tjocklek ha växlat mellan 8 och 30 μ.

Då man granskar snitten, tagna från olika delar af hufvudtumören och från vaginalmetastaserna, finner man, att de specifika svulstelementen äro af tvänne olika slag. Dels utbredda protoplasmatiska massor med inlagrade kärnar och dels stora polygonala med tydliga cellgränser och stora kärnar försedda celler.

De förra eller, såsom vi redan nu kunna kalla dem, *de syncytiala massorna*, uppträda under mycket växlande bilder, specielt hvad dess yttre konturer angår. Än bilda de utbredda plaques, än aflånga, bredare och smalare balkar, hvilka kunna förgrena sig så starkt, att ett sammanhängande syncytium med mycket oregelbundna konturer kommer att utbreda sig genom mer än ett synfält. (Bild 1.). Därigenom, att dessa plaques och balkar blifvit skurna på en mängd olika sätt, får man en högst sammansatt och omväxlande bild af dem. En vanlig typ, och hvars uppkomst är lätt förklarlig, är *jättecellstypen.* Kunde man ej på kärnar och protoplasma se, att de ej äro annat än delar af de utbredda, mångformade syncytiala bildningarna, som finnas hopade i tumören, vore man frestad antaga, att man på många ställen hade vanliga jätteceller, sådana de förekomma i en del sarkomer och vanlig granulationsväfnad. Öfvergångsbilder finnas dock i sådan mängd, att något tvifvel ej kan råda om dessa bildningars identitet.

Deras begränsning bildas oftast och å de väl bibehållna ställena af en rand, som skarpt afsätter bildningen från omgifvande delar af tumören. Protoplasman är något glänsande, likformigt rödfärgadt af eosinet. Detta gäller dock blott sådana element, som i öfrigt ej ge vid handen, att någon vidare degeneration börjat. Ofta ses nämligen protoplasman ha förlorat sin homogenitet, och man ser med starkare förstoring, hur den är vakuoliserad genom små vakuoler; å dessa ställen upp-

löses den skarpa randen, i det vakuolerna liksom flyta ut i omgifningen. Utom dessa små vakuoler finnas i syncytiet stora sådana, intagande ganska stora delar af protoplasmamassan (Bild 2). Dessa sist omtalade vakuoler ser man ej sällan fylda af röda blodkroppar.

I protoplasman ligga inströdda talrika kärnar, utan någon bestämd ordning. Storleken växlar mellan 12,25 och 24,5 μ i längd och 9,26 och 19,6 μ i bredd. De upptaga kärnfärgämnet mycket starkt, så att de se vanligen ut som homogena, svarta klumpar utan någon kärnstruktur. Här och där äro de mindre kromatinhaltiga, och då kan man få se dem något klarare; detta är dock undantagsfall. Deras mängd växlar, så att de ibland ligga i massor tätt intill hvarandra; under det att på andra ställen man ser stora stycken syncytium såsom en enda proloplasmamassa utan kärnar.

Det andra slaget af svulstelement utgöres af stora celler, hvilkas cellgränser äro särdeles tydliga. Cellerna ligga tätt intill hvarandra utan spår af intercellularsubstans (Bild 3, 1 och 4). Formen är polygonal; i allmänhet äro de hvarandra fullt lika. Storleken af själfva cellen är ungefär 22 μ; kärnarnas storlek 12,2—18,3 μ.

Största delen af cellen intages af en rund eller oval kärne. Den färgar sig blå af hematoxolinet men tager dock färgen i betydligt mindre grad än kärnarna i syncytiet. Man kan i kärnen upptäcka en eller flere kärnkroppar; den dem omgifvande kärnsubstansen ger ofta en nätformig strukturbild (Bild 3). I det Flemming-härdade materialet framträda i dessa celler mitoser. De förefinnas ej i särdeles riklig mängd. Flere synfält kunna genomletas, utan att man anträffar dem. Protoplasman blir genom kärnens storlek inskränkt till en jämförelsevis smal strimma. Den är i allmänhet blott svagt eosinfärgad; understundom har protoplasman ej tagit någon eosinfärg utan är klar med en lindrigt blå anstrykning.

Genom att syncytiet är starkt eosinfärgadt, skiljas bildningarna i allmänhet tämligen lätt från hvarandra redan vid liten förstoring. Å mindre väl fixeradt material äro ej cellgränserna öfveralt så tydliga, men kärnens och proloplasmans olika utseende, jämte här och där framträdande antydan till cellgränser gör, att man i allmänhet ej behöfver tveka om, hvilken bildning, man har framför sig. Å andra sidan framträder i de syncytiala massorna understundom spår af cell-

gränser, hvilka dock ej med säkerhet kunna fastställas såsom sådana. Den starka degeneration, som förefinnes, gör, att man ej med full säkerhet kan utesluta möjligheten, af att dessa bilder blott äro remnor i syncytiet, och således ett degenerationsfenomen. Häraf följer dock, dels att, när bildningar, med de typiska egenskaperna ej fullt utpräglade, ligga i närheten och blandade med hvarandra, man kan tycka sig ha öfvergångar från det ena till det andra slaget, dels att man ibland får lemna oafgjordt, om den ena eller den andra sorten föreligger.

Hvad cellernas inbördes läge beträffar, torde ett förhållande redan här böra påpekas, då det är vår bestämda öfvertygelse att förbiseende häraf, föranledt en del af de uppgifter, skilda författare haft, om att mellan de polygonala cellerna skulle förefinnas en intercellularsubstans. Mellan dessa celler ses nämligen här och där smala, starkt eosinfärgade stråk af olika tjocklek. Här och där i dem ser man svarta punkter, hvilka ge oss hänvisning, hvarifrån de ha sitt ursprung. Punkterna äro nämligen kärnar, och följer man stråken, upptäckes snart, att de ej äro annat än syncytiala utlöpare (Bild 1). En annan källa till antagandet af en intercellularsubstans torde vara fibrinnät, som smyga sig in mellan cellerna; nätet har sitt ursprung från de i tumören tämligen rikligt förekommande blödningarna.

Sedan vi sålunda sökt redogöra för tumörens specifika element, torde vara lämpligt tillse, huruvida vid tumörens uppbyggande dessa ligga anordnade på något regelbundet eller typiskt sätt i förhållande till hvarandra och till den ej specifika väfnad, som jämte dem ingå i tumören.

Å snitt, tagna från tumörens centrala delar, ser man endast nekrotiska massor och blödningar, de förra dock öfvervägande. Längre mot periferien börja färgbara svulstelement framträda, så att man har strödda syncytiala bildningar bland de döda väfnadsmassorna. Redan här kan man spåra en typisk anordning, som blir mera utpräglad, då man kommer närmare uteri muskelvägg. Midt bland de nekrotiska delarna ligga nämligen här och hvar typiskt *papillära bildningar* med stroma och en epitelial beklädnad. Stromat utgöres af en fibrillär ofta med kapillarer försedd, cellrik bindväf. I epitelet igenkänner man de specifika svulstelement, om hvilka just i dessa intermediära delar det är svårt att bestämma, huruvida de höra till det ena

eller andra slaget. Understundom äro de fullt lika syncytiet, under det att man ibland ser cellgränser i dem, utan att de dock någon gång öfvergå till fullt typiska bilder af de beskrifna polygonala cellerna. Konturerna af epitelcellerna kvarstå i de närmast papillerna belägna delarna af de nekrotiska massorna, så att dessas ursprung blir lätt tydbart.

Närmare uterusväggen får man något andra bilder: nekrotiska massor, begränsade af ett flerlagrigt epitel, i hvilket man med lätthet igenkänner våra polygonala svulstelement. Massorna skiljas åt af långa stråk af en cellrik bindväf, som skjuter in i form af tappar, större och mindre, i svulstmassorna, så att man äfven här får en tydlig bild af en ursprungligt papillär anordning. I bindväfven ses strödda svulstelement, oftast af den syncytiala typen.

Vi ha sålunda sett, att tumören i de delar, där redan nekros och andra degenerationsfenomen inträdt, låter oss förmoda, att den har ett *papillomatöst växtsätt*. Granskar man tumören å de delar, som blott obetydligt hemfallit åt nekros, och som således får antagas vara yngst, styrkes denna vår förmodan väsentligt. Snitt, tagna från vinkeln, bildad af tumören och uterusväggen, visa nämligen, att på själfva muskulaturen, som är lindrigt rundcellsinfiltrerad, finnes ett ganska tjockt lager af en cellrik bindväf. Denna bindväf skjuter ut, bildande stommen i de papiller, som stå på uterusväggen (Bild 4). Papillens begränsning utgöres af fullt typiska polygonala celler, blandade sparsamt med syncytium. Bredvid längsskurna papiller ser man tvärskurna dylika, bildande cirkelrunda figurer med ett bindväfscentrum och en epitelmantel. Epitelet, som är flerlagrigt, ses ibland växa ner i stromat, som just å dessa papiller är starkt rundcellsinfiltreradt. Att cellerna i papillens epitelbeklädnad äro identiska med de polygonala svulstcellerna, är utom alt tvifvel.

Uterusväggen, som gränsar intill svulstbädden, utgöres ytterst af oförändrad muskulatur. Slemhinnan är något förtjockad, fullkomligt i saknad af körtlar. Bindväfven är cellrik och af samma utseende som den, hvilken ingår som stroma i papillerna, d. v. s. de yngsta. Epitelet är enlagradt; cellerna äro vanligen tärningformade, saknande cilier. Ibland anta cellerna cylinderform. Detta enlagrade epitel löper ej jämnt och glatt; det skjuter ibland ned, bildande vikar, så att man får bilden af en papill med ett enlagradt epitel. I den

vik, som bildas af svulst och uterusvägg, äro dessa tappar talrikare än längre från tumören, och i en snittserie har man i en dylik vik en papill af samma utseende som de förut omtalade svulstpapillerna. Det har ej lyckats oss att påvisa någon *säker* öfvergång af det enlagrade epitelet å uteri vägg på denna svulstpapill.

Som redan i början af beskrifningen omnämnts, sammansättas *vaginalmetastaserna* af samma formelement som hufvudtumören. Någon papillär anordning framträder ej här. Under vaginalepitelet, som är fullt normalt, ligger likaledes en strimma, fullt normal vaginal bindväf, tämligen kärlrik och cellfattig. Under denna zon ligga större svulsthärdar, skilda åt af bindväf, af nyss beskrifna utseende. Svulsthärdarna ha vanligtvis ett nekrotiskt centrum, och utanför ligga polygonala celler och syncytium jämte en cellrik bindväf af samma utseende som den, hvilken fans i hufvudtumören. De polygonala cellerna äro i vaginalmetastaserna särskildt prydliga och låta den epiteliala celltypen särdeles vackert framträda.

Till slut bör anmärkas, att några ställen af uteri vägg, aflägsna från tumören, undersökts och visa bilden af en utpräglad interstitiel endometrit. Körtlarnas antal är reduceradt till ett minimum, i det man kan få genomleta mer än ett synfält utan att finna någon enda.

Det kan vara af intresse att, innan vi förklara, huru vi uppfattat tumörens patogenes, taga en kort öfversikt, huru de olika författarne i patologiskt-anatomiskt hänseende tolkat sina fall.

SÄNGER, som utförligt beskref det första fallet med klar uppfattning, att en tumör uppstått i samband med graviditeten, ansåg, att svulsten var uppbygd af prolifererande deciduaceller, och att svulsten följaktligen var ett *sarkom*. De flesta af de följande författarne ha tolkat sina fall i öfverensstämmelse härmed. Hvilka ha då varit de grunder, på hvilka de bygt denna uppfattning? De flesta anföra som hufvudmoment det förhållande, att svulstcellerna likna deciduacellerna. Likheten förefinnes ej blott till storlek och form, utan äfven fins mellan svulstcellerna ett reticulum af samma natur, som det man ser i det kompakta lagret af vanlig deciduaväfnad (SÄNGER, PFEIFER, NOVÉ-JOSSERAND & LACROIX). PFEIFER har dessutom en tydlig öfvergång mellan svulstelementen och bindväfsceller, hvilket styrker honom i hans förmodan, att det rör sig om ett

sarkom. PFEIFER säger äfven, att han i uterusväggen fann normal deciduaväfnad, ett fynd, som ju onekligen är af väsentlig betydelse, då det gäller att bevisa, att självfva tumören är sammansatt af patologiskt förändrad decidua. MAIER anför äfven, att svulstens säte i uterus får anses tala för dess deciduala ursprung. BACON framhåller, att en egenskap hos tumörcellen, som gör dess ursprung från den normala deciduacellen i hög grad sannolik, är båda cellslagens »migratory properties». Han anför, att flere embryologer, bl. a. MINOT tala om, att deciduacellen vandrar från sin normala plats, dels ut i chorion och dels ut i muscularis. Vidare anser BACON, att de mikroskopiska bilderna i de väl studerade fallen äfven ådagalägga, att tumörcellerna äro »migratory» eller, på svenska, »vandringsceller». Vi kunna ej lägga någon synnerligen stor vikt vid detta argument. Vid undersökningen af en tumör, som så kraftigt angripit uterusväggen och för öfrigt visat så utpräglad maligna egenskaper som den i fråga varande, bör det vara ganska naturligt att finna svulstelement in i muskulaturen; man behöfver därför ej särskildt tillskrifva denna svulstcell någon egenskap af »vandringscell». De flesta svulstceller i maligna tumörer skulle kunna göra anspråk på samma benämning.

Såsom ett bidragande skäl att anse svulsten för ett sarkom anför MENGE, KLIEN m. fl., att de sett, hur muskeltrådarna öfvergått och blifvit svulstelement. KLIEN har dessutom ännu en källa, hvarifrån svulstcellerna taga sitt ursprung, nämligen kärlens endotelbeklädnad; äfven detta binder ju svulsten till bindesubstansernas grupp.

GOTTSCHALK kallar sin tumör för sarcoma chorioncellulare. Han anser sig nämligen ha funnit chorionvilli, hvars egendomliga utseende han förklarar därigenom, att 1) villarepitelet prolifererar, och 2) villarstromat undergår en sarkomatös degeneration. Hufvudvikten lägger han på stromaförändringen, och då han anser, att tumörens spridning genom blodkärlen mera öfverensstämmer med sarkomens än med karcinomens växtsätt, räknar han den till den förra gruppen. GOTTSCHALKs tolkning har redan från flere håll skarpt angripits. Ej häller vi ha kunnat blifva öfvertygade af de bilder, som bifogats beskrifningen öfver fallet. Framför alt ha vi ej kunnat anse som säkert, att hvad GOTTSCHALK kallar »Zotten», äro sådana. Som ett exempel på den komplicerade tydning, GOTTSCHALK ger åt de bilder han fått, torde tjäna hans utläggning

af vakuolbildningen. Han har nämligen tvifvelsutan fullt riktigt och i öfverensstämmelse med många andra sett en riklig bildning af vakuoler i de epiteliala cellerna. I en del vakuoler, i dem nämligen, som han kallar de intranukleära, anser han, att det sarkomatöst degenererade stromat växer in. Stromat bör ju vid en sådan inväxning ha förstört en del af protoplasman, innan det kan nå vakuolen; därför blir det ej lätt att förstå, hur GOTTSCHALK menar, att de typiska bilder skola kunna uppstå, till hvilkas bildning denna inväxning just i vakuolerna skulle bidraga. Antagligt är väl för öfrigt, att när stromat först förstört en del af protoplasman och därefter växt in i kärnen, cellens motståndskraft skall vara i det närmaste slut, specielt när GOTTSCHALK själf anser, att i och med vakuolbildningen en degenerationsprocess redan tagit sin början inom cellen.

Jämte de decidualiknande cellerna ha i de flesta fallen beskrifvits andra cellformer, som skulle ingå såsom element i tumörerna. De flesta författarne ha nämligen påträffat stora cellbildningar, som i allmänhet betraktas som jätteceller. De gå ej så noga in på dessa bildningars ursprung, men deras förekomst anses i allmänhet styrka uppfattningen om en svulstbildning af decidualt ursprung. I normal decidua påträffas nämligen dylika jätteceller. PESTALOZZA och KLIEN anse jättecellerna som ombildade muskelelement.

Bland dem, som räkna sina fall till *epiteliala nybildningar*, äro MEYER, LEBENSBAUM, FRÄNCKEL och MARCHAND. LEBENSBAUM ger ej någon detaljerad beskrifning af sin tumör, säger blott, att det handlar om en cancer; han uttalar en förmodan, att hans fall möjligen bör räknas till dem, som man under senare åren beskrifvit såsom placentara svulster. MEYER anser sitt vara ett epithelioma papillare, som är uppbygdt af förändrade villi. FRÄNKEL är den förste, som bestämdt ställer sig på den ståndpunkten, att vi ha att göra med en cancer, utgående från epitelet å chorionvilli; likheten mellan detta och svulstcellerna, som utan cellgränser ligga invid hvarandra, anser han vara bevis härför.

MARCHANDS afhandling har, kan man säga, varit epokgörande i striden om dessa tumörers patogones. Han kommer visserligen till ungefär samma resultat som FRÄNKEL, men han genomgår i en kritisk del af sin afhandling alla förut publicerade fall och förklarar dem *alla* vara epiteliala nybildningar. Då de mikroskopiska fynden i MARCHANDS och vårt eget fall

äro särdeles öfverensstämmande, skola vi något närmare redogöra för hans uppfattning, till hvilken vi i hufvudsak ansluta oss.

De tvänne cellslag, hvilka han finner sammansätta tumören, nämligen de syncytiala och de polygonala med tydliga cellgränser försedda cellerna, anser han vara prolifereradt chorionepitel.

Epitelet å chorionvilli anses numera af de flesta embryologer vara tvålagrigt: närmast villarstromat ett lager kubiska celler, d. s. k. LANGHANS'ska cellagret och där utanför ett syncytium, bestående af protoplasmamassor med inlagrade kärnar. Hvad det senare angår, anser flertalet, att det är förändradt uterusepitel, d. v. s. af maternelt ursprung. Det LANGHANS'ska celllagret anser en del embryologer vara af fetalt (ektodermalt) ursprung en del, att det är blott ett annat stadium men af samma ursprung som syncytiet, och en del slutligen, att båda cellslagen äro af fetal härkomst. MARCHAND sluter sig till den först nämnda uppfattningen.

De två former af celler, han finner i tumören, anser han vara afkomlingar af dessa tvänne cellslag: de syncytiala massorna från syncytium å villi, och de afgränsade cellerna från LANGHANS'ska cellagret. Likheten i byggnad af respektiv. cellslagen anser han vara bevis härför. Hvad syncytiet angår, framhålles brist på cellgränser, protoplasmans utseende och utbredningssätt, den utbredda vakuolbildningen, kärnens kromatinrikedom, dess oregelbundna form, frånvaron af mitoser samt förekomsten af ett tydligt »Borstenbesatz» å syncytiets yta. Rörande de polygonala cellerna framhålles deras likhet med de LANGHANS'ska cellerna med hänsyn till förhållandet mellan den klara, smala protoplasmazonen och den voluminösa kärnen, deras ovanligt tydliga cellgränser, kärnens struktur, den rikliga förekomsten af mitoser samt därjämte den stora glykogenhalt, som finnes såväl i tumörerna, som i de LANGHANS'ska cellerna. MARCHAND anser sig således ha för sig en epitelial nybildning, hvars ursprung, med den uppfattning, han har om epitelet å chorionvilli, är dels fetalt och dels maternelt.

Denna uppfattning om svulstcellernas härkomst styrker MARCHAND på ett bevisande sätt genom de särdeles intressanta fynd, han gjort vid undersökningen dels af normal placentas byggnad, dels och framför alt af en mola, som han var i tillfälle undersöka, under det den samma var i samband med uteri

vägg. Korteligen kunna dessa hans fynd så sammanfattas: såsom beståndsdel af normal decidua serotina ingår en ganska stor mängd epiteliala element, härstammande från villarepitelet. Å en del af dessa försiggår nämligen en stark proliferation af de båda cellslag, som bilda dess epitelbeklädnad. De prolifererande epitelcellerna bilda dels ett ytligt lager å serotina, dels vandra de i betydlig mängd in i serotina och sprida sig där ända in till muskulaturen. Dessa proliferationer antaga betydligt större dimensioner vid en mola; här blifva epitelmassorna så mäktiga, att de delvis *förstöra* serotina; äfven i muskulaturens ytligare (inre) lager tränga epitelceller in. Cellerna anser han dels vara afkomlingar efter det LANGHANS'ska cellagret och dels härstammande från det uterina epitelet. De senare kunna uppträda under 3 olika former, dels såsom stora, enkärniga celler, lika till utseendet de af fetalt ursprung, dels såsom jätteceller och dels i form af syncytiala massor. Epitelproliferationer har, samtidigt med MARCHAND, FRÄNKEL funnit. Denne hade undersökt 10 fall af mola och funnit proliferationer af syncytium i alla fall, af LANGHANS'ska cellerna i 6 af de 10.

I denna epitelproliferation och speciellt i och med cellernas inträngande i serotina, anser sig MARCHAND, såväl som FRÄNKEL, ha funnit nyckeln till de svulsters uppkomstsätt, hvarmed vi här sysselsätta oss: *från villarepitelet härstammande cellmassor tränga in i serotina, och dessa proliferera malignt.* Att dessa, enligt MARCHANDs benämning, *serotinala svulster*, relatift ofta föregåtts af en mola hydatidosa, bör ju, i enlighet med de ofvan omtalade fynden, ej förvåna.

MARCHANDs klara framställning af förhållandena är förenad med upplysande och bevisande teckningar. BIRCH-HIRSCHFELD genomgår utförligt i den nya upplagan af sin lärobok i patologisk anatomi dessa MARCHANDska arbeten och uttalar intet tvifvel angående deras riktighet. Han påpekar blott, att man naturligen ej har rättighet att utan vidare på alla fall tillämpa, hvad man konstaterat vid undersökningen af ett enda. Sedan har dock FRÄNKEL genom sina undersökningar och fullkomligt oberoende af MARCHAND konstaterat ungefär det samma, och detta i 10 fall.

Hvad vårt eget fall beträffar torde af beskrifningen öfver tumörens histologiska byggnad jämte de bifogade teckningarna framgå, att äfven vi fastställt, att de tumören sammansättande elementen äro af *epitelial* natur. De syncytiala massorna

ha alla de egenskaper, man sett hos det i normal placenta förekommande syncytium. De bilder, vi fått däraf, stämma äfven fullkomligt öfverens med dem, FRÄNKEL MARCHAND m. fl. andra beskrifvit. MARCHAND är den ende, som talar om en ciliebeklädnad på dess yta. Vi ha underkastat våra preparat en genomgående granskning för att möjligen kunna konstatera en dylik. Å en mängd ställen ha vi äfven fått bilder, hvilka göra oss mycket benägna anta, att protoplasmamassornas yta är cilieförande. De ha dock ej varit så tydliga, att vi med säkerhet kunnat bestämma dem såsom sådana.

De polygonala cellernas utseende och lagring intill hvarandra (Bild 3) utan mellansubstans talar ju i och för sig för, att de äro epitelceller. Någon öfvergång ha vi ej häller kunnat iakttaga från celler, hörande till bindväfsgruppen (bindväfsceller, endotelceller, muskelceller), till svulstceller. På samma sätt som öfveralt annorstädes, där papillära bildningar förekomma, ha vi äfven i de papiller, som beskrifvits, en bindväfsstomme jämte en epitelial beklädnad; elementen i denna senare utgöras ju af de enkärniga svulstelementen. Dessa skäl äro för oss fullt tillräckliga att öfvertyga oss om cellernas epiteliala natur.

Vid frågan om dessa cellers härkomst möta oss stora svårigheter, och detta är utan vidare klart. Ty då svulsterna visat sig stå i samband med föregående graviditet, är det i första hand antagligt, att svulsten har sitt ursprung från någon för graviditeten karakteristisk bildning. Men vi veta äfven, att dessa bildningar försvinna raskt, sedan graviditeten på ena eller andra sättet afslutats (RATHCKE). Svulsterna ha i allmänhet kommit till undersökning 6 mån. — 2 år efter partus. I vårt fall har ju förloppet varit betydligt långsamt. Det är således särdeles osannolikt, att vi vid dessa svulster kunna använda det bevis, som är det mest rationela, då det gäller visa en nybildnings ursprung, nämligen fyndet af öfvergångsbilder från den normala typen till tumörväfnad. Sannolikheten att finna dylika öfvergångsbilder vore däremot större, om svulsterna skulle stå i samband med regenerationen af uterusepitelet.

Därför se vi äfven, att MARCHAND ej kunnat på detta sätt bevisa sina tumörceller såsom härstammande från LANGHANS'ska cellagret. Och finner han genom sin ofvan omtalade undersökning af mola och jämförelse mellan de fynd, han då gjorde, med dem, han gjort i sitt tumörfall, att så är förhållandet. De

enkärniga tumörcellerna i vårt fall äro så lika dem, MARCHAND funnit, att man i första hand ej tviflar på, att de äro af samma ursprung. Dock finnas hållpunkter för att anse dem, liksom syncytiet, vara af *maternelt* ursprung.

I den färskaste delen af tumören ha vi nämligen sett, huru de unga papillerna, betäckta af de polygonala cellerna, stå på uterusväggen liksom papiller, hvilka skulle varit resultatet af en papillär proliferation af uteri slemhinna. Å uterusväggen, som gränsar intill men ej är indragen i tumörmassan, ha vi en mycket tydlig veckbildning af slemhinnan, där vecken äro betäckta af ett enlagrigt epitel, där cellerna å flere ställen betydligt påminna om svulstcellerna. Vi anmärkte redan vid den mikroskopiska beskrifningen, att vi ej med säkerhet kunnat påvisa öfvergång mellan epitelet och svulstceller; af bilder, som starkt tala för en dylik öfvergång, ha vi dock haft många. Bindväfsstommen i papillerna är ju äfven lika uterinslemhinnan. Å andra sidan har man svårt tänka sig uppkomsten af dessa papillära bildningar, om man tolkar det dem betäckande epitelet såsom kommande från LANGHANS'ska cellagret. Man skulle då få antaga dem vara ombildade chorionvilli, ett antagande, som är mycket osannolikt, då man tager i betraktande deras, och därtill de yngstes af dem, förhållande till uterusväggen.

En fråga, som ligger nära till hands, är, huruvida denna vår uppfattning står i strid med de allmänna grundsatser, som MARCHAND på så goda skäl uttalat angående dessa tumörers uppkomstsätt. Ingalunda. Vid redogörelsen för MARCHANDS uppfattning af epitelproliferationerna, som försiggå i normal decidua och mola, och hvilket är det väsentliga momentet vid svulstbildningen, ha vi sett, att det uterina epitelet prolifererar delvis i form af celler, betydligt liknande dem, som komma från LANGHANS'ska cellerna, och ofta mycket svåra att skilja från dessa. MARCHAND säger, att de senare utom af glykogenhalten, (som vi på grund af, att vi behandlat materialet med vattenhaltiga vätskor, ej kunnat pröfva), skiljas från de förra genom de *i mycket riklig mängd* förekommande mitoserna. Sådana ha vi visserligen sett, men särdeles sparsamt, hvilket är påfallande, då vår tumör kom till undersökning under jämförelsevis mycket gynsamma förhållanden. Detta moment bidrager i viss mon att styrka oss i vår uppfattning om våra enkärniga svulstelements maternella härkomst.

MARCHAND har i sin sammanfattning äfven klart och tydligt uttalat sig för sannolikheten af, att en svulst, så sammansatt, kan uppstå.

MARCHANDS och vårt fall blifva därför varieteter af samma svulstgrupp, *de seritonala.* Att något hinder skulle förefinnas, att kalla dem karcinomer, kunna vi egentligen ej finna. Skulle vi vilja benämna svulsten, och välja bland de många föreslagna namnen, vore vi benägna antaga det af KOSSMAN föreslagna, »Carcinoma syncytiale uteri.» De syncytiala bildningarna äro karakteristiska just för detta slag af svulster utan att vara dess enda element. Namnet skulle då ha sin motsvarighet i t. ex. »Sarcoma giganto-cellulare.»

Till slut vilja vi blott tillägga ett par ord angående svulstens sätt att växa. Dels förefaller den att direkt förstöra muskulaturen, dels metastaserar den genom kärlsystemet. Någon bestämd mening ha vi ej kunnat bilda oss, om metastaserna hufvudsakligast gå genom blodbanorna eller genom lymfbanorna. Att ej det senare sättet bör uteslutas, torde framgå af Bild 5, där ett syncytium ligger i den oberörda muskulaturen ini ett stort med endotelceller beklädt lymfrum.

(*Mannheimer*).

Etiologi.

Angående etiologien torde man här, som vid alla andra maligna nybildningar, ej kunna säga mycket med visshet.

En conditio sine qua non vid dessa tumörer är dock graviditet. Svulsten uppbygges ju af bildningar från ägghyllena, och då nu kan anses afgjordt, att chorionepitelet är utgångspunkten, kan någon eftergift ej tillåtas.

Annorlunda stälde sig frågan, då nybildningens uppkomst tillskrefs deciduacellproliferation. SÄNGER diskuterar den förut flitigt dryftade frågan, om deciduacellen är något för graviditeten karakteristiskt, eller om de stora cellformer, man finner vid en del endometriter och särskildt vid dysmenorrhoea membranacea, äro verkliga deciduaceller. Han förklarar, att en stor likhet råder mellan verkliga deciduaceller och de nämnda cellerna, liksom ock mellan deciduaceller och sarkomceller, hvilket senare gifvit RUGE anledning att framkomma med den i detta sammanhang ofta anförda aforismen: »deciduacellen är den fysiologiska typen för sarkomcellen.» SÄNGER håller därför

också som möjligt, att sarcoma *deciduo-cellulare* kan uppstå i uterus äfven utan graviditet — ja till och med i andra organ än uterus.

Med stöd af denna åsikt har PAVIOT beskrifvit ett fall som »déciduome malin» från en nullipara. — Här visar både sjukhistorien och undersökningsresultatet så väsentliga afvikelser, att man gör rättast i att utan vidare utmönstra fallet.

Af de meddelade tabellerna synes, att graviditeterna varit ganska olika. I 19 af de anförda fallen har hafvandeskapet slutat på normal eller nästan normal tid och 9 gånger som abort, utan att ägget företedde några patologiska förändringar. I 24 fall åter, således ungefär hälften, var det fråga om mola.

Denna molans stora etiologiska betydelse framhålles af alla senare författare. Redan innan i fråga varande svulster afskildes som en särskild klass, hade det påvisats, att mola stundom föregick maligna nybildningar i uterus, och man hade uppstält åtskilliga teorier därom.

GUTTENPLAN ansåg, att sarkomet föregick och disponerade till molabildningen, men att denna å sin sida gynnade tumörens tillväxt. LEOPOLD talar om ett »ömsesidigt etiologiskt sammanhang», som han dock ej närmare inlåter sig på. VEIT håller före, att den maligna nybildningen finnes före graviditeten, att ägget skulle inbäddas i redan sjuk slemhinna och därför abnormt utvecklas eller i förtid utstötas. KALTENBACH tror, att utgångspunkten för »sarkomet» är kvarlemnade »myxomatösa chorionvilli», hvilka skulle »infektera» uterus, så att därstädes en elakartad tumör uppkomme. Ja, han vill andraga detta som bevis för att molan är en verklig svulstbildning.

MENGE kom på grund af det förhållandet, att molan föregår i ungefär hälften af de kända fallen »deciduosarkomet», men att detta åter igen är en sällsynt följd enligt den sammanställning af drufbördsfall, han gjort, till den slutsatsen, att »myxoma chorii» ofta hade sin orsak i en sarkomatös förändring af decidua graviditatis. Denna skulle inträffa i första graviditetstiden och äfven kunna föranleda abort med oförändradt ägg.

GOTTSCHALK låter »partielt myxomatösa chorionvilli» genom inväxande i venerna, där de föra ett parasitärt lif, bli maligna på grund af det venösa blodets halt af kolsyra och giftiga affallsprodukter, hvilket alt skulle disponera till, att cellerna förlorade sin oskyldiga natur och gåfve upphof till den för moderorganismen så skadliga nybildningen.

BACON antar, att molan underlättar tumörbildningen genom att nedsätta uterusväfnadernas motståndskraft.

Hvad nu dessa teorier beträffar, kan väl ingen af dem anses gifva tillfredsställande lösning af frågan, då de grunda sig på lösa, teoretiska funderingar. En på noggranna undersökningar grundad framställning af molans förhållande till den maligna nybildningen har, som visades i den anatomiska afdelningen, lemnats af MARCHAND och FRÄNCKEL, och vi vilja ej här å nyo upprepa den samma.

Tidpunkten för den maligna nybildningens början har antagits olika. Om man skall förlägga den till en period under själfva hafvandeskapet eller först därefter, har varit omtvistadt. Dock har ingenting med säkerhet kunnat fastställas,

I några fall omtalas intrauterina undersökningar omedelbart efter förlossningen, och härvid har konstaterats, att intet abnormt på uterinväggens insida kunnat kännas. I andra fall, vid drufbörd, anmärkes, att molablåsor setat ovanligt hårdt fast och insänkta i uterinväggen. Intet af dessa förhållanden kan väl säkert bevisa från- eller tillvaron af en början de elakartad nybildning. Det torde vara rent af omöjligt att draga skarp gräns mellan, hvad som är malign process eller icke. Den mikroskopiska undersökningen lär väl äfven den ha svårt att fälla utlåtande, om en normal eller blott excessiv invandring af epitel- eller en malign proliferation i sin allra första början föreligger, särskildt vid mola, där normalt så höggradig epitelproliferation och — invandring förekommer.

PESTALOZZAS sista fall, äfvensom det af honom anförda SUPERNOS fall, visa, hur svårt ett sådant afgörande kan vara. Möjligt är, att det i dessa fall kan vara frågan om en vanlig molabildning med retention af blåsor och ingen malign process. Beskrifningen och sjukhistorien gifva ej tillfälle till bestämdt omdöme.

Det samma gäller äfven om ett fall, undersökt af NEUMANN ILLICH, där uterus exstirperades omedelbart efter utrymning af mola på grund af ostillbar blödning.

I allmänhet antages med stöd af sjukhistorierna, att tumörbildningen uppkommer efter äggets utstötande och ur kvarlemnade ägghyllerester. Detta torde äfven i de flesta fall vara förhållandet, men i fall sådana som AHLFELD-MARCHANDS, WHITRIDGE WILLIAMS' och APFELSTEDT & ASCHOFFS (II) lär väl ej tvifvel råda, att den maligna nybildningen utvecklades, medan

ägget ännu fans kvar i uterus: resp. tuban. APFELSTEDT vill, att uterustumören ej skall anses som den primära svulsten utan blott som »den första regionära metastasen» från chorionvilli.

Af stort intresse skulle vara en ungefärlig uppskattning af frekvensen af dessa maligna nybildningar. Härvid kan endast de sista årens literatur medtagas. Då emellertid i denna ganska många fall offentliggjorts, har med skäl framkastats, att dessa tumörer i själfva verket ej äro så ytterligt sällsynta, som man först antagit. I den förantiseptiska tiden försvunno de bland den stora mängden puerperala sjukdomar, och äfven senare ha väl åtskilliga fall fått gå under namn af »subinvolution», »placentarpolyper» o. s. v. På grund af detta kan och bör något slags beräkning öfver frekvensen ej göras mer än öfver dem, hvilka föregåtts af mola.

MENGE gör ett försök härtill. Han anför en sammanställning af 23 fall drufbörd från kliniken i Leipzig och finner bland dem 3 fall (MENGE I och II, ZWEIFEL) af »deciduosarkom». De öfriga 20 lefde alla och kunde ej misstänkas lida af någon malign svulst. Detta är således en hög siffra för frekvensen, omkring 13 %.

I en annan statistik af KEHRER öfver 50 fall mola, där särskildt efterverkningarna uppmärksammas, finnes *intet* fall, i hvilket man kan antaga en malign nybildning i uterus, som följd efter drufbörden. Af de 50 patienterna lefde 41; 9 voro döda 1—9 år efter molan. Dödsorsakerna voro i 3 fall ftisis, 1 dog af en »buktumör» 3 år efter, 1 af puerperalfeber, 1 af peritonit, 1 af hjärntumör, alla 9 år efter drufbörden; 1 af »Krämpfen» 1 år efter, och 1 med psykos 4 år efter. Af dessa skulle möjligen de med diagnosen ftisis misstänkas, då, som kasuistiken visar, flere fall på grund af lungmetastaser haft pftisisliknande symptom. I alla dessa 3 fall hade dock patienterna genomgått normala barnsängar efteråt, dels hade så lång tid åtgått, 4—5 år, att man väl kan utesluta i fråga varande elakartade nybildning. Den, som afled med »buktumör», torde likaledes ej kunna räknas hit. Pat., som var 52 år gammal, hade menses en gång efteråt och inga abnorma genitalblödningar.

Öfriga sammanställningar af mola kunna, så vidt jag funnit, ej tillgodogöras i detta fall, då endast de omedelbara följderna beaktas. Detta gäller äfven CRAIGINS arbete, som MENGE dock åberopar i sin statistik.

Som hafvandeskap är nödvändigt för tumörens uppkomst, bestämmes åldern däraf. I de anförda fallen variera ålderssiffrorna snart sagdt mellan maximi- och minimiåldern för graviditet, eller mellan 17 och 55 år, hvilket senare tal ju är exceptionelt högt.

Åldrarna fördela sig på följande sätt:

Antal fall af:	Under 20 år	21—30 år	31—40 år	41—50 år	öfver 50 år
Graviditet med ej degenereradt ägg	1	15	10	2	—
Mola	1	9	3	8	1

Medelåldern för den förra kategorien är ungefär 30 år, för den andra 35,4 år, för alla 32,6 år. Som synes af siffrorna, aftager i den första gruppen frekvensen med åldern efter 20:e året, under det att i den andra vi ha lika många fall mellan 21 och 30 år som öfver 40.

Antalet graviditeter visar för de fall, där tumören kommit i anslutning till en mola, en något större siffra än för de öfriga, hvilket väl i viss mon kan tillskrifvas den högre medelåldern.

Graviditeter	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	XIII.
Ej mola	4.	2.	7.	2.	3.	3.	—	—	2.	—	—	—	—
Mola	2.	2.	5.	2.	2.	1.	2.	1.	—	2.	1.	1.	1.

Detta gör i medeltal för första kategorien mellan 3 och 4 graviditeter, för den senare mellan 5 och 6. Sammanslås siffrorna, visa de, att om ock i dessa fall $\frac{1}{8}$ äro primæ gravidæ, de öfriga visa en rätt hög fertilitet, ungefär 5.

Vid denna beräkning ha alla graviditeter likstälts, såväl de, som slutat med normal förlossning, som ock aborter och mola; äfven för tubargraviditeten i AHLFELD-MARCHANDS fall göres ej undantag.

Detta om de predisponerande momenten, de närmast framkallande orsakerna äro okända.

KALTENBACH tror på »infektion» från »myxoma chorii». Äfven SÄNGER framkastar möjligheten af tumörens parasitära ursprung, men lyckas ej finna hvarken »Microorganismen oder Psorospermien».

PESTALOZZA är likaledes benägen att antaga en infektiös process. Han finner streptokokker i sina preparat, hvilka han dock, som naturligt är, ej anser vara annat än tecken till sekundär infektion i den ulcererande tumören.

Symptomatologi.

De kliniska berättelserna om hit hörande fall äro så godt som samstämmiga. Efter en graviditet, som slutat på ett eller annat sätt, börjar antingen genast eller efter någon tid blödningar, hvilka sedan ständigt återkomma med större eller mindre ymnighet och med oregelbundna, oftast korta uppehåll. Vanligen förefinnes på mellantiderna riklig flytning, som till en början är serös, köttlakeliknande, sedermera varig, stinkande. Sedan detta fortgått en tid bortåt, och ofta åtskilliga terapevtiska ingrepp företagits, blir patienten altmera nedsatt, anemisk, till slut kakektisk. Ofta tillstöta symptom från metastaser, särskildt i vagina och i lungorna, samt septiska symptom, hvilka påskynda döden, som inom ganska kort tid inträffar.

Tidpunkten för blödningarnas början är, som antyddes, något växlande. Genast efter äggets afgång uppgifves det i 16 fall. Bland dessa i ej mindre än 7 af de 9, där vanlig abort föregått; 3—5 veckor dröjde det i 12 fall; 2 mån. i 3 fall; 3, 4, 5 och 6 mån. i hvardera 1 fall. Dessutom finnas fall, där ännu längre tid uppgifves hafva förflutit mellan graviditetens afslutning och den första abnorma genitalblödningen. PERSKE-FRÄNKEL angifva 1 år 8 mån., LÖHLEIN öfver 1 år. Detta förhållande är så afvikande, att möjligheten af någon abort, som pat. själf ej uppmärksammat, ifrågasatts, för att ej tala om GOTTSCHALK, som utan vidare utdömer LÖHLEINS fall ur i fråga varande grupp af detta skäl.

Blödningarna äro vanligen häftiga; direkt förblödning omtalas i ett par fall, och många ha iakttagit vanmakt på grund af blodförlusten. Särskildt i början äro de ymniga, och blodlefrar afgå då ej sällan. De äro oftast ej så långvariga men ofta återkommande, med pauser af ända till en vecka, ja, stundom längre. Efter utskrapningar vinner man ett stundom rätt långt uppehåll, ända till en månad.

Å andra sidan ser man uppgifter om ihållande men ej särdeles ymniga blödningar. Möjligen kan det vara förväxling mellan egentlig blödning och den blodfärgade flytningen, som i nästan alla fall iakttagits. Denna är i regel ymnig och plägar efter längre eller kortare tid antaga varig, till slut stinkande karakter genom varig och putrid infektion.

Utom blodlefrar omtalas en och annan gång »placentarliknande», »svampiga» slamsor såsom spontant afgångna.

Genom dessa upprepade blodförluster blir patientens allmäntillstånd altmera nedsatt. Till en början mera som vid ren anemi, med hjärtklappning, sus i öronen, yrsel, aptitlöshet o. s. v. Blodundersökningar, hvilka gjorts i 4 fall, ha lemnat mycket olika värden, hvilket naturligtvis är beroende på det stadium af sjukdomen, i hvilket de gjordes. Hemoglobinets mängd växlade mellan 8—50 % (FLEISCHL), de röda blodkropparnas antal mellan 3,2 och 1,2 millioner.

Snart nog framträder emellertid afmagringen, den ständigt tilltagande kraftuttömningen altmera, och man får den vanliga bilden af en kakexi vid en elakartad nybildning.

Döden påskyndas af febrila symptom, hvilka man med skäl antagit härröra från putrid eller septisk intoxikation genom bakterieinvasion i de sönderfallande tumörmassorna. Äfven rent pyemiska affärer, abscesser, ledaffektioner omtalas i några fall. Variga peritoniter ha likaledes observerats.

Den objektiva undersökningen visar till en början inga vidare förändringar af lifmodern, sedermera en tydlig förstoring af den samma. Det vanliga, som uppgifves, är »stor som en apelsin», »knytnäfstor», »barnhufvudstor». Den är ofta likformigt förstorad, så att dess form bibehålles, i några fall ha knöligheter på uterus tydligt palperats.

Cervix är ofta ej sluten utan permeabel för fingret. Inuti uterus påträffas, altefter fallets ålder och genomgången behandling, tumörer, lösa svulstslamsor eller defekter i uterusväggen. I de fall, där tidig utskrapning ej företagits, kan vid intrauterin undersökning tumörer kännas, t. ex. i MEYERS en gåsäggstor. I vårt fall var cervix sluten, och någon vidgning af denna gjordes ej, i hvilket fall man skulle ha funnit liknande förhållande som MEYER.

Vanligare är, att »lösa slamsor», »mörjiga abortrester», »placentarliknande massor» anträffas. Detta är särskildt förhållandet någon tid efter en skrapning, då nybildningen hunnit växa upp igen.

Strax efter en skrapning finner man en ofta rätt djup grop i uterinväggen. Detta senare framhålles af GOTTSCHALK, KÖTTNITZ, NOVÉ-JOSSERAND & LACROIX såsom diagnostiskt viktigt och karakteristiskt. Uterusväggen kännes på platsen för tumören skör, och man kan med fingret krafsa sig djupt in i den samma, man tycker sig utan svårighet smula sönder muskulaturen ända till peritonealbeklädnaden.

Alla dessa förhållanden äro, som sagdt, beroende af behandlingen, och ofta kan man iakttaga de olika skedena undan för undan. Ett i detta afseende typiskt fall är NETZELS första. Till en början upphöjd tumörbildning, efter dess utskrapning återbildas gång på gång lösa svulstmassor, och på stället, där dessa växa, iakttages en ständigt djupare gående substansförlust i uterinväggen.

Förstörelsen af uterus kan äfven leda till fullständig perforation såsom i PERSKE-FRÄNKELS fall, där tvänne öppningar påträffades, ledande in till parametrana tumörbildningar — eller som KALTENBACH-RUMMEL omtala, där ej mindre än tre perforationer inåt peritoneum iakttogos vid obduktionen, förande till afkapslade abscesser i bäckenet. Faran af perforation vid undersökningar är också öfverhängande. — EVERKE (MARCHAND II) fick uterus söndersliten vid undersökning omedelbart före exstirpationen.

Utom lokalsymptom från själfva den ursprungliga nybildningen tillstöta ej sällan dylika från metastaser. Bland dessa är det egentligen de i vagina och vulva samt i lungorna, hvilka gifva sig till känna. De i öfriga organ undandraga sig i regel uppmärksamheten.

Vid obduktion har man funnit metastaser mest spridda i lungor och vagina men äfven i ovarierna, i parametrierna, blåsan, bäckenets och bukens lymfkörtlar, njurarna, mjälten, lefvern, å tarmarna, ventrikeln, i hjärnen, musklerna, benmärgen.

Under lifvet diagnosticerade GOTTSCHALK på goda grunder en metastatisk hjärntumör, hvilken han dock ej fick konstatera vid obduktionen, i det skallen ej fick öppnas. I enstaka fall hafva dessa metastaser, de i vagina ej inräknade, varit föremål för terapevtiska åtgärder. SÄNGER gjorde incision på en i högra fossa iliaca liggande stor metastas i tanke, att det var en abscess. GOTTSCHALK gjorde ett försök att exstirpera en metastas i högra njuren.

Dessa förhållanden äro mera tillfälliga, hvaremot de sekundära svulsterna i vagina förekomma oftare. Af de 53 anförda fallen omtalas i 21 vaginalmetastaser, således i ungefär $\frac{2}{5}$; dock saknas uppgifter i flere fall.

Dessa metastasers uppkomstsätt har äfven diskuterats, och den gamla frågan om maligna tumörers kontagiositet har härvid åter varit på tal. Några författare anse nämligen dessa metastaser vara ympmetastaser, uppkomna genom inokulation

af svulstgroddar i vaginalväggen med instrument vid undersökning eller operativa åtgärder, under det att andra afvisa detta försök till förklaring och antaga tumörerna vara »regionära metastaser». Som ympmetastaser uppfatta LEBENSBAUM och SCHAUTA de vaginala tumörerna i sina fall. Den förre betecknar en retrograd metastasbildning utan vidare för omöjlig. I båda fallen var det blott *en* tumör i vagina, och flere ingrepp och undersökningar hade gjorts, innan den upptäcktes, så att man ej utan vidare kan förkasta antagandet af en dylik inympningsmetastas, då möjligheten af dylikas uppkomst vid andra maligna tumörer väl kan anses som satt utom alt tvifvel på grund af kliniska fakta och äfven experiment.

Detta sätt för metastasbildning är dock ej antagligt för de flesta fall. Slemhinnan har varit normalt förskjutbar och i öfrigt oförändrad till en början, innan den sekundärt blifvit förstörd. Särskildt i vårt fall, där ett stort antal vaginalmetastaser finnas, täckta af oskadd slemhinna, och inga ingrepp — ej ens undersökning gjorts, innan de upptäcktes, finnes ej skäl att misstänka inympning. I AHLFELD-MARCHAND's (I) fall är det alldelas omöjligt att få dem till ympmetastaser, då den primära svulsten utgick från en tubargraviditet. Här faller det sig naturligare att förklara dem som »regionära, på retrograd väg uppkomna metastaser», som GUTTENPLAN, MENGE, SCHMORL, PESTALOZZA och GOTTSCHALK göra det. Denne senare antar äfven en stor metastas i högra njuren som uppkommen på samma sätt.

PESTALOZZA egnar metastasbildningen i vagina rätt stor uppmärksamhet och anför ur den rika literaturen skälen för och emot den »retrograda transporten» i venerna, hvilken han måste anse som bevisad särskildt genom experiment.

Dessa vaginala metastaser omtalas ofta som iakttagna vid undersökningarna. De ligga, som nämndt är, i allmänhet i de djupare lagren af vaginalväggen eller åtminstone submuköst. Slemhinnan går öfver dem hel och oskadd. De ytligaste skimra igenom blåaktigt, och man har med skäl jämfört utseendet med varices (GUTTENPLAN, MENGE, KÖTTNITZ). Det berättigade i denna liknelse kunde äfven bekräftas i vårt fall.

Tumörerna kännas i regel solida, ej särdeles hårda; MÜLLER fann dem så mjuka, att han kallar dem »cystösa kroppar» — han gjorde äfven därför incision på en dylik, hvarvid naturligtvis blott blod och svulstslamsor utkommo.

Spontan bristning har äfven iakttagits, och de häraf uppkomna svåra blödningarna ha tvungit till aktift ingripande. PESTALOZZA (I) såg så häftig blödning, att fara för förblödningsdöd var hotande. KÖTTNITZ omtalar »blödning i stråle». LEBENSBAUMS »brustna varix» är väl ej annat än en brusten vaginalmetastas. Dessa författare, äfvensom GUTTENPLAN, sågo sig nödda att göra omstickningar för att få bukt på blödningen. Liksom andra ytligt liggande maligna nybildningar bli äfven dessa metastaser ulcererande och till slut gangrenösa. Utom den rikliga stinkande afsöndringen kunna de äfven på detta stadium framkalla svåra blödningar.

Exstirpation af dessa vaginaltumörer har gjorts i åtskilliga fall. PESTALOZZA (IV) aflägsnade en dylik som palliativ åtgärd för att förebygga bristning och ulceration. Samtidigt med uterusexstirpation ha MENGE och SCHAUTA aflägsnat vaginalmetastaser. FREUND borttog en ulcererad vaginaltumör en månad före hysterektomien, men hade vid denna flere nya metastaser att exstirpera. NETZEL gjorde i vårt fall först uterusexstirpation, och 12 dagar därefter aflägsnade han de talrika vaginalmetastaserna.

I ett par fall ha de regionära metastaserna varit det, som först uppmärksammats — i andra åter ha de antagit sådana dimensioner, att man förmodat dem vara den primära tumören, eller åtminstone en självständig svulstbildning. Detta senare var förhållandet med KLIENS och PESTALOZZAS första fall. Blödning från den vaginala metastasen i AHLFELD-MARCHANDS fall var det, som först framträdde, det var också på skrap från densamma som diagnosen sattes. Äfven i ett annat fall, WHITRIDGE WILLIAMS', var det en regionär metastas, här i labium majus, som först uppmärksammades och äfven senare behärskade hela sjukdomsbilden, så att ej förr än vid obduktionen den primära uterussvulsten blef iakttagen. I APFELSTEDTS & ASCHOFFS andra fall tillkännagaf likaledes en tumör i labium majus först närvaron af nybildningen.

Dessa metastaser i vagina uppträda ganska tidigt i en del fall, om ock så snart, som WHITRIDGE WILLIAMS och APFELSTEDT & ASCHOFF (II) angifva, hör till undantagen.

Under ett senare skede, i allmänhet kort före döden, tillstöta symptom af metastaser i lungorna. Af de 38 fall, som följts till döden, ha ej mindre än 24 haft metastaser i lungorna. Dock är att märka, att af de 14 återstående 12 ej obducerats

eller blott ofullständigt, så att lungorna ej uttogos, eller också omtalas ej obduktionsresultaten. Af dessa 11 visade 3 (LÖHLEIN, ZWEIFEL, PESTALOZZA IV) under lifvet tydliga symptom af lungmetastaser och ytterligare 2 (LEBENSBAUM, PERSKE-FRÄNKEL) lungsymptom, hvilka möjligen kunna tolkas därhän. Således torde af de beskrifna fallen omkring $\frac{3}{4}$ haft metastatisk spridning af svulsten till lungorna.

De symptom, hvilka väl säkrast kunna tolkas som tecken till närvaro af dylika lungtumörer, äro blödningar eller blodigtserösa sputa. Dylika omtalas i många fall och ha föranledt misstanke på lungtuberkulos. I flere fall har man därför förgäfves sökt tuberkelbaciller. Vidare omtalas i alla fall hosta, dyspné, stundom hållkänsla.

De fysikaliska förändringarna äro, som helt naturligt är, växlande efter sjukdomens utbredning. I många fall inga objektiva tecken als, i andra någon dämpning, i andra åter fuktiga rassel, i ett och annat omtalas gnidningsljud.

Diagnos.

Bland de i vår tabell upptagna fallen är rätt diagnos satt i ett fåtal. Processer, hvilka kommit i fråga till förväxling, äro abort, molargraviditet, placentarpolyp eller rester af abort eller mola, myom och de vanliga maligna uterustumörerna. Sedan uppmärksamheten blifvit vänd åt dessa intressanta tumörer, ha alt flere blifvit under lifvet diagnosticerade, och dessas hela antal uppgår nu till 19, vårt eget inberäknadt. Af dessa fall komma 12 på åren 1895—96.

Misstanken på en började abort förfaller snart af sig själf på grund af förloppet. Molarhafvandeskap har i ett fall (PFEIFERS) diagnosticerats, och bougier inlades för att framkalla förlossningsarbete. Denna diagnos var stödd på uteri storlek, mjukheten hos portio vaginalis och de upprepade, ymniga blödningarna. — Till en början och med stöd af blott en vanlig gynekologisk undersökning torde det vara svårt att utesluta denna åkomma. Dock bör anamnesen gifva viktig ledning äfvenså förloppet vid expektatift förfarande. Försök att framkalla utstötning af den misstänkta molan eller en intrauterin undersökning, hvilka bådadera kunna anses indicerade på grund af de upprepade och för patienten nedsättande blödningarna, torde säkert upplysa om misstaget.

På grund af anamnesen och det kliniska förloppet i början har tanken oftast riktats på rester efter det kort förut utstötta ägget. De första symptomen, såväl blödningen som den objektiva undersökningen, äfven den intrauterina, visa under svulstens tidigaste period intet, som kan afgöra diagnosen. Senare har man utom det progressiva förloppet ett godt hjälpmedel i den intrauterina undersökningen, som vi ofvan anfört.

Myom, som i fem fall diagnosticerats (af JACUBASCH, SUPERNO, JEANNEL, RUNGE, ACZÉL), bör oftast kunna uteslutas med ledning af sjukhistorien eller åtminstone med tillhjälp af den intrauterina explorationen. Men en sådan feldiagnos kan ofta vara mycket lätt förklarlig, särskildt där anamnesen ej gifver någon fingervisning åt det rätta hållet, som i RUNGES fall.

Från andra maligna uterustumörer kan man med någon säkerhet afskilja de i fråga varande på grund af patientens ålder och den nyss föregående graviditeten.

Alla dessa hållpunkter kunna endast berättiga till en sannolikhetsdiagnos. Visshet öfver åkommans verkliga natur erhålles först vid mikroskopisk undersökning. Särskildt kan ej nog betonas vikten af att noggrant undersöka skrapet, om utskrapning företagits för recidiva blödningar efter någon slags förlossning. MENGE beklagar djupt, att så ej skedde i hans första fall. Hade undersökning gjorts genast, hade uterusexstirpationen kunnat företagas ungefär en månad förr, innan ännu några metastaser konstaterats, hvilket väl kunnat möjliggöra bättre resultat af operationen. NOVÉ-JOSSERAND & LACROIX voro lyckligare. Deras patient blef utskrifven kort efter skrapningen, innan undersökningsresultatet ännu var kändt, men genast man fått veta den mikroskopiska diagnosen, blef hon eftersänd. Uterusexstirpation verkställdes omedelbart och som det synes med godt resultat.

Som sammanfattning för diagnosen kan sägas, att — om kort efter ett missfall, en drufbörd eller normal förlossning upprepade och ymniga blödningar inträffa, hvilka ej kunna bringas till tystnad med vanliga palliativmedel, — om under dessa förhållanden en svulst växer upp i uterus och hastigt återbildas efter utskrapning, — om man vid intrauterin undersökning finner fästestället för dessa tumörer insänkt i uterinväggen och denna därstädes så skör, att man med fingret kan smula sönder den och tränga alt mera på djupet — då har man skäl att sätta den kliniska diagnosen: *carcinoma syncytiale*.

I vårt fall ställdes diagnosen med stöd af den typiska sjukhistorien och genom närvaron af de talrika metastaserna i vagina, hvilka senare kunna anses som mycket typiska och i diagnostiskt afseende synnerligen viktiga.

Under senare stadier grumlas sjukdomsbilden genom de tillstötande septiska symptomen, så att diagnosen fått sin lydelse därefter.

Utgång.

Prognosen är utan radikalt operatift ingrepp absolut dålig. Den maligna processen fortskrider utan uppehåll till döden.

De vanligaste dödsorsakerna äro kakexi och sepsis, understödda af de nedsättande blödningarna. Direkt förblödning från tumören förekom i ett af CHIARIS samt i KLIENS och HARTMANN & TOUPETS fall. JACUBASCH konstaterade förblödning inåt peritonealkaviteten från en brusten, subserös tumör.

Den tid, som förflutit mellan graviditetens slut och döden, har i allmänhet varit ganska kort. Medeltalet för alla fall, där inga exstirpationsförsök gjorts, är 7 månader, med gränsvärdena 2 och 23 månader. En tydlig skilnad visar sig däri, att fallen efter mola tagit längre tid i anspråk, mellan 4 och 23 månader, i medeltal 10 månader, under det att de öfriga betinga en medeltid om 5 månader af tider, varierande mellan 2 och 7½ månader.

Behandling.

GOTTSCHALKS förslag om »profylaktisk behandling», genom att i hvarje fall af mola med fingret och kyrett aflägsna alla kvarblifvande villi »till djupt in i muskulaturen», torde vara väl radikalt och ej tillfredsställande hvarken i terapevtiskt eller diagnostiskt syfte, emedan den mikroskopiska undersökningen då har svårt att fälla positift utslag.

Emellertid har PESTALOZZA förfarit så i ett fall (VI) och exstirperat uterus 9 dagar efter molans utskaffande.

Det enda botemedlet, som kan komma i fråga, är ett i rätt tid företaget och radikalt operatift ingripande — exstirpation af uterus och misstänkta ställen i dess omgifning.

I 20 fall har denna operation utförts. LEBENSBAUMS patient afled 6 dagar efter operationen af »kollaps»; i APFELSTEDT & ASCHOFFS första fall afled hon 1 månad efter exstirpationen

under symptom af fortskridande kraftuttömning och lungmetastaser. Undantagas dessa båda, har det närmaste operationsresultatet varit tillfredsställande. Ytterligare 3 patienter hafva dock aflidit på grund af metastaser hufvudsakligen i lungorna, 2 af dessa efter 6 månader (GOTTSCHALK, MENGE I) och 1 (LÖHLEINS fall) 13 månader. — I alla dessa fall hade operationen verkstälts sent, 7 mån. till 2 år 2 mån. efter graviditetens slut, således vid tider, då i de flesta fall, där ingen operation gjorts, dödlig utgång redan inträffat.

För de återstående är det ej möjligt att säga något bestämdt, då alt för kort tid förflutit efter operationen till fallens offentliggörande. Dock tyckes det vara goda utsikter för flere om ett afgjordt godt resultat. PESTALOZZAS opererade fall (V, VI) lefde mer än ett år efter operationen, likaså SUPERNOS patient. EVERKES (MARCHAND II) var frisk 13 månader efteråt. TANNEN och KUPPENHEIM omtala, att deras patienter lefde utan tecken till recidiv resp. 9 och 10 månader, sedan de opererats. [1])

Med skäl påpekar APFELSTEDT, att man ej kan sätta några bestämda gränser, när »rätta tiden» för operationen är förbi. Ja han vill rent af förneka, att någon »rätt tid» finnes, då i många fall tumören redan tidigt sprider sig, och metastaser kanske bildats, innan några symptom tillkännagifvit uterustumörens närvaro. Denna åsikt torde dock vara något öfverdrifvet pessimistisk, åtminstone för de flesta fall.

Operationsmetoden har i alla fall, utom RUNGES, LEOPOLDS och vårt eget, varit vaginal uterusexstirpation med ligatur eller klämmare. RUNGE gjorde supravaginal uterusexstirpation på grund af feldiagnosen: myom.

Skälet hvarför NETZEL valde buksnitt var det, att han på grund af de talrika vaginalmetastaserna misstänkte en vidare spridning åt bäcken- och bukorganen. Fördenskull började operationen som vid total uterusexstirpation, men med buksnittet var äfven den afsikten förenad, att skaffa visshet, om någon dylik metastasering förelåge och då för att om möjligt äfven exstirpera de sekundära tumörbildningarna. Då detta lyckligtvis ej var förhållandet, fullbordades operationen på vanligt sätt

---

[1]) Enligt senare uppgift af GOTTSCHALK (21) var TANNENS patient vid god helsa 1 år 7 mån. efter operationen. FREUNDS fall utan recidiv 1¼ år efteråt. SCHAUTAS patient, enligt meddelande af NEUMANN, frisk nära 1½ år efter uterusexstirpationen.

genom det en gång lagda snittet. En vaginal uterusexstirpation hade väl varit möjlig, då uterus var fullt rörlig, men hade försvårats af uteri storlek och de talrika vaginalsvulsterna. — Uterusexstirpationen tog lång tid i anspråk, så att ej ansågs rådligt att omedelbart företaga ett så pass stort ingrepp, som kräfdes för att aflägsna vaginalmetastaserna. Fördenskull uppsköts detta, mot den först antagna operationsplanen, tils patienten hemtat sig från operationen, och verkställdes, som ofvan omtalats, 12 dagar därefter.

KÖTTNITZ håller före, att inga utsikter för en framgångsrik operation finnes så snart vaginala metastaser bildats. MENGE opererade under dylika förhållanden; hans patient afled, som nämndt är, 6 månader därefter. Dessutom har FREUND och SCHAUTA exstirperat uterus med redan bildade regionära metastaser. I båda dessa fall är ej resultatet kändt för längre tid än 4½ månader resp. 7 veckor. [1])

I vårt eget fall förefunnos talrika vaginaltumörer, så att utsikterna till ett radikalt botande ej antogos som särdeles stora. Emellertid äro de närmaste följderna synnerligen tillfredsställande. Patienten har sluppit de upprepade, kraftnedsättande blödningarna, och hennes allmäntillstånd har höjts betydligt, så att hon känner sig fullt frisk. Huruvida hon kan anses som definitift botad, torde väl ännu ej kunna afgöras, men då processen här visat sig långt mindre hastigt progredierande än i de flesta andra fall, kan man ha skäl att ej sätta prognosen altför dålig. Skulle tumören redan satt aflägsna metastaser, hvilka ännu ej gifvit sig tillkänna, har operationen alltid haft den nyttan, att den skänkt patienten en frist med fullkomligt välbefinnande.

---

[1]) Se anm. å föregående sida.

(Lönnberg).

Literaturförteckning.

1. ACZÉL: Ueber einen Fall von »decidualer Geschwulst». Monatschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 3, s. 413. 1896.
2. AHLFELD: Ein Fall von Sarcoma uteri deciduo-cellulare bei Tubenschwangerschaft. Monatsschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 1, s. 209. 1895.
3. APFELSTEDT & ASCHOFF: Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten. Archiv f. Gynäkologie, bd 50, s. 511. 1896.
4. BACON: A case of deciduoma malignum. American. journ. of obstetrics, bd 31, s. 679. 1895.
5. BEACH: The deciduoma malignum. Annals of surgery, bd 21, s. 525. 1895.
6. BIRCH-HIRSCHFELD: Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Vierte Auflage, s. 968. 1895.
7. BOLDT: Citerad efter WHITRIDGE WILLIAMS, o. c. 75.
8. CAZIN: Des déciduomes malins. La Gynécologie, bd 1, s. 15. 1896,
9. CHIARI: Ueber drei Fälle von primärem Carcinom in Fundus und Corpus des Uterus. Wiener. medicin. Jahrbücher 1877, s. 364.
10. CRAIGIN: Analysis of twenty-five cases of hydatidiform mole. Boston med. and surg. journ., bd 128, s. 231. 1892.
11. FRÄNKEL: Das von dem Epithel der Chorionzotten ausgehende Carcinom des Uterus (nach Blasenmole). Archiv f. Gynäkologie, bd 48, s. 80. 1894.
12. *Idem:* Die Histologie der Blasenmolen und ihre Beziehungen zu den malignen von den Chorionzotten (Decidua) ausgehenden Uterustumoren. Archiv f. Gynäkologie, bd 49, s. 481. 1895.
13. v. FRANQUÉ: Ueber eine bösartige Geschwulst des Chorion etc. Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 34, s. 199. 1896.
14. FREEBORN: Deciduo-sarcoma of the uterus. New York journ. of gynæcology and obstetrics, bd 4, s. 299. 1894.
15. FREUND: Ueber Sarcoma deciduo-cellulare. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkologie. Sechster Kongress zu Wien, s. 635. 1895.
16. *Idem:* Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 34, s. 161. 1896.
17. FRITSCH: Anmälan af MARCHAND o. c. 44. Centralbl. f. Gynäkologie, bd 19, s. 755. 1895.

18. GOTTSCHALK: Ueber das Sarcoma Chorion. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkologie. Fünfter Kongress zu Breslau, s. 400. 1893.
19. *Idem:* Das Sarcom der Chorionzotten. Archiv f. Gynäkologie, bd 46, s. 1. 1894.
20. *Idem:* Diskussionen efter RUGEs föredrag, o. c. 61. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 33, s. 349. 1895.
21. *Idem:* Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den malignen placentarvillösen Geschwülsten. Archiv f. Gynäkologie, bd 51, s. 56. 1896.
22. GÖTZE: Ueber die Tumoren der Eihäute. Inaug. Diss. Halle a/S. 1895.
23. GREGORINI: Citerad efter MARCHAND, o. c. 44.
24. GUTTENPLAN: Ein Fall von hæmorrhagischem Sarcom des Uterus und der Vagina mit Metastasen in den Lungen. Inaug. Diss. Strassburg. 1883.
25. HARTMANN & TOUPET: Des conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta — — Annales de gynécologie et d'obstétrique. bd 43, s. 285. 1895.
26. JACUBASCH: Vier Fälle von Uterussarcom. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 7, s. 53. 1882.
27. JEANNEL: Du déciduome malin. Annales de gynécologie, bd 42, s. 372. 1894.
28. V. KAHLDEN: Ueber destruirende Placentarpolypen. Centralbl. f. allg. Pathologie und patholog. Anatomie, bd 2, s. 1, 54. 1891.
29. KALTENBACH: Erfahrungen über Uterussarkom. Verhandl. des X. internat. medicin. Congresses. Berlin 1890, bd 3, Abth. 8, s. 71.
30. *Idem:* Diskussionen efter MÜLLERs föredrag, o. c. 48.
31. KEHRER: Ueber Traubenmole. Archiv f. Gynäkologie, bd 45, s. 478. 1894.
32. KLIEN: Ein Fall von Deciduo-Sarcoma uteri giganto-cellulare. Archiv f. Gynäkologie, bd 47, s. 243. 1894.
33. KOSSMANN: Das Carcinoma syncytiale uteri. Monatsschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 2, s. 100. 1895.
34. *Idem:* Diskussionen efter RUGEs föredrag, o. c. 61.
35. KÖTTNITZ: Ueber chorio-deciduale Tumoren malignen Charakters. Deutsche medicin. Wochenschr., s. 497. 1893.
36. KUPPENHEIM: Ein Fall von Sarcoma deciduo-cellulare. Centralbl. f. Gynäkologie, bd 19, s. 916. 1895.
37. KÜSTNER: Deciduaretention — Deciduom — Adenoma uteri. Archiv f. Gynäkologie, bd 18, s. 252. 1881.
38. LEBENSBAUM: Krebs der Vagina als Impfmetastase bei Corpuscarcinom. Centralbl. f. Gynäkologie, bd 17, s. 112. 1893.
39. LEOPOLD: Ueber Sarcoma uteri. Archiv f. Gynäkologie, bd 6, s. 493. 1874.
40. *Idem:* Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden. Sitzung vom 8 Juni 1896. Centralbl. f. Gynäkologie, bd 20, s. 842. 1896.

41. LÖHLEIN: Sarcoma deciduo-cellulare nach vorausgegangenem Myxoma chorii. Centralbl. f. Gynäkologie, bd 17, s. 297. 1893.

42. *Idem:* Nachtrag. — Anf. st., bd 18, s. 484. 1894.

43. MAIER: Ueber Geschwulstbildungen mit dem Bau des Deciduagewebes. Virchows Archiv, bd 67, s. 55. 1876.

44. MARCHAND: Ueber die sogenannten »decidualen» Geschwülste im Anschluss an normale Geburt, Abort, Blasenmole und Extrauterinschwangerschaft. Monatsschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 1, s. 419 och 513. 1895.

45. *Idem:* Ueber den Bau der Blasenmole. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 32, s. 405. 1895.

46. MENGE: Ueber Deciduosarcoma uteri. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 30, s. 323. 1894.

47. MEYER: Ein Fall von zerstörender Wucherung zurückgebliebener myxomatöser Chorionzotten (Epithelioma papillare corporis uteri?). Archiv f. Gynäkologie, bd 33, s. 53. 1888.

48. MÜLLER: Ueber das Deciduoma malignum. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkologie. Vierter Kongress zu Bonn, s. 341. 1891.

49. NETZEL: Fall af lifmoderkräfta. Svenska läkaresällsk. förhandl., s. 173. Hygiea, bd 34. 1872.

50. NEUMANN: Beitrag zur Lehre vom »malignen Deciduom». Monatsschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 3, s. 387. 1896.

51. NOVÉ-JOSSERAND & LACROIX: Sur le déciduome malin. Annales de gynécologie et d'obstétrique, bd 41, s. 100, 216 och 317. 1894.

52. PAVIOT: Un cas de déciduome malin avec noyaux metastasiques multiples. Anf. st., bd 41, s. 306. 1894.

53. PERSKE: Ein Fall von Sarcoma deciduo-cellulare. Inaug. Diss. Greifswald 1894.

54. PESTALOZZA: Contributo allo studio dei sarcomi dell'utero. Il Morgagni, bd 33, s. 517. September 1891.

55. *Idem:* Di un raro esito remoto della mola vescicolare. Estratto dal Morgagni, bd 33. Oktober 1891.

56. *Idem:* Sul sarcoma deciduo-cellulare. Estratto dagli atti della Societá Italiana di Ostetr. e Ginecol., bd 1. 1895.

57. *Idem:* Sul significato patologico dagli elementi coriali e sul cosi detto sarcoma deciduo-cellulare. Estratto dagli Annali di Ostetricia e Ginecologia. November 1895.

58. PFEIFER: Ueber eine eigenartige Geschwulstform des Uterusfundus (Deciduoma malignum). Prager medicin. Wochenschr., bd 15, s. 327. 1890.

59. RATHCKE: Zur Regeneration der Uterusschleimhaut ins besondere der Uterusdrüsen nach der Geburt. Virchows Archiv, bd 142, s. 474. 1895.

60. RESINELLI: Del sarcoma deciduo-cellulare. Annali di ostetricia et ginecologia Novembre 1895, ref. i Annales de gynécologie et d'obstétrique, bd 45, s. 246. 1896.

61. RUGE: Ueber das Deciduoma malignum in der Gynäkologie. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkol., bd 33, s. 162.
62. RUMMEL: Ueber Myxoma chorii. Inaug. Diss. Halle 1891.
63. RUNGE: Ein neuer Fall von bösartigen Tumor den Chorion-Zotten. Archiv f. Gynäkologie, bd 51, s. 185. 1896.
64. SÄNGER: Zwei aussergewöhnliche Fälle von Abortus. Centralbl. f. Gynäkologie, bd 13, s. 132. 1889.
65. *Idem:* Ueber »Deciduome». Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkologie. Vierter Kongress zu Bonn, s. 333. 1891.
66. *Idem:* Ueber Sarcoma uteri deciduo-cellulare und andere deciduale Geschwülste. Archiv f. Gynäkologie, bd 44, s. 89. 1893.
67. *Idem:* Diskussionen öfver RUGEs föredrag, o. c. 61.
68. SCHAUTA: Ein Fall von Sarcoma deciduocellulare. Centralbl. f. Gynäkologie, bd 19, s. 248. 1895.
69. SCHMORL: Ueber malignes Deciduom. Anf. st., bd 17, s. 169. 1893.
70. SPENCER: Obstetrical Society of London. Lancet I, 1896, s. 1065.
71. SUPERNO: Citerad efter PESTALOZZA, o. c. 57.
72. TANNEN: Ein Fall von Sarcoma uteri deciduocellulare. Archiv f. Gynäkologie, bd 49, s. 94. 1894.
73. TIBALDI: Citerad efter PESTALOZZA, o. c. 57.
74. VEIT: Diskussionen efter MÜLLERs föredrag, o. c. 48.
75. WHITRIDGE WILLIAMS: Deciduoma malignum. American. journ. of obstetrics, bd 32, s. 319. 1895.
76. *Idem:* Deciduoma malignum. Johns Hopkins Hospital Reports, bd IV, s. 461. 1895.
77. ZIEGENSPECK: Abtastung oder blinde Ausschabung? Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkologie. Sechster Kongress zu Wien, s. 794. 1895.
78. ZWEIFEL: Lehrbuch der Geburtshülfe. VI Auflage, s. 310. 1895.

Förklaring af afbildningarna.

Bild 1. Snitt från en vaginalmetastas (härdad i abs. alkohol.), visande de tvänne svulstelementen: a) syncytium. b) polygonala svulstelement. Vid c) ser man syncytiala utlöpare gå in mellan de polygonala cellerna.
Leitz: Pantakromat., 15 mm., ok. 3.

Bild 2. Snitt från uterustumören (härdad i abs. alkohol). Ett mångkärnigt syncytium med riklig vakuolbildning.
Leitz: Pantakromat., 7 mm., ok. 3.

Bild 3. Snitt från vaginalmetastas (sublimathärdad). De polygonala cellerna vid stark förstoring med väl fixerade cellgränser.
Leitz: Pantakromat., 3,5 mm., ok. 5.

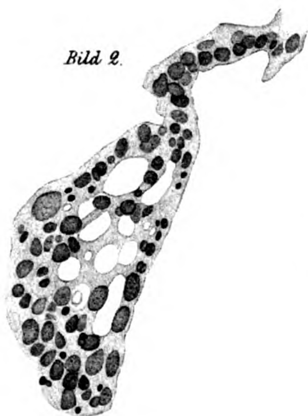
Bild 4. Snitt från uterustumören (härdadt i abs. alkohol), taget vid vinkeln, bildad af tumören och uterusväggen, m) uterusväggens muskulatur, a) rundcellsinfiltreradt bindväfslager, p) en längdskuren och t) en tvärskuren papill, begränsade af flerlagrigt anordnade polygonala svulstceller.
Hartnack: Obj. 4, ok. 3.

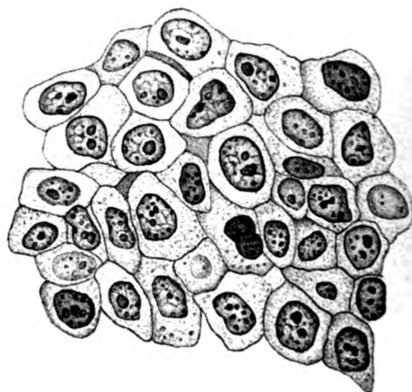
Bild 5. Snitt från uterusväggen (härdning i abs. alkohol), m) muskulatur l) ett endotelklädt lymfrum, innehållande ett syncytium.
Leitz: Pantakromat., 3,5 mm., ok. 3.



Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.







Rit. af Ester Johansson.





...der lith W Schlachter, Stockholm.

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. N:r 29.

Ein Fall von Sclerodermia diffusa.

Von

EMIL WADSTEIN,
Assistent an der med. Klinik zu Lund.

(Hierzu 1 Tafel.)

Während der letzten Jahre ist auf die Erforschung der Aetiologie und der pathologischen Anatomie der Sclerodermie viel Arbeit verwendet worden. So kam 1885 SPIELERS Abhandlung heraus, 1889 eine andere von MÉRY; 1891 erschien die bislang vielleicht gründlichste Beschreibung der pathologischen Anatomie der Sc. von DINKLER, 1894 eine Arbeit über denselben Gegenstand von GRÜNFELD, sowie ORTH's grosses Lehrbuch, schliesslich 1895 LEWIN und HELLERS Zusammenstellung von 508 Fällen von Sclerodermie und Sclerodactyl. Ueber die letztgenannte Krankheit brachte im selben Jahre das Archiv für Dermatologie und Syphilis eine Darstellung von WOLTERS.

Die pathologische Anatomie der Sclerodermie ist jedoch noch bei weitem nicht genügend behandelt, und ich wage es darum im Hinblick darauf, das im folgenden beschriebene Phänomen zu veröffentlichen, in der Hoffnung, dass auch dies vielleicht etwas zur Lösung dieser Fragen beitragen möchte.

H. P., 46 Jahre alt, ins hiesige Krankenhaus aufgenommen den 5. Sept., gestorben den 23. October 1894.

Anamnese: Die Patientin ist unter relativ guten hygienischen und diätetischen Verhältnissen aufgewachsen. Menstruirt mit 19 Jahren. Seit dieser Zeit verheiratet. Vor 26 Jahren hat sie einmal geboren. In der Kindheit Cholera asiatica, Masern und Nervenfieber gehabt, hat

schon seit mehreren Jahren an Ulcera anticrur. gelitten. Vor ca. 4 Jahren stellte sich Menorrhagie, begleitet von auf Herzleiden hindeutenden Symptomen, sowie Oedem über den ganzen Körper ein; letzteres trat jedoch später wieder zum grössten Theile zurück. Patientin hat immer über dicken Leib geklagt. Anfang Juni 1894 fingen die Beine und der untere Theil des Körpers ganz bedeutend zu schwellen an.

Tagesbericht vom $^9/_9$. Patientin bekam heute heftiges Nasenbluten, welches nur mit Schwierigkeit nach Anwendung von Tamponade zu stillen war.

Status præsens $^1/_{10}$: Die Patientin ist während ihres ganzen Aufenthaltes im Krankenhause ans Bett gefesselt gewesen und nimmt in demselben eine halb sitzende, halb liegende Stellung ein, wobei sie etwas nach der linken Seite zu neigt. Ihre Kräfte sind bedeutend reducirt. Schon ein Gespräch von nur wenigen Minuten erschöpft sie in hohem Grade, so dass die anamnestischen Angaben schwer zu gewinnen sind. Patientin ist von mittlerer Grösse und ziemlich starkem Körperbau. Sinneszustand ganz befriedigend. Die Haut ist am ganzen Körper — Kopf und linker Arm ausgenommen — stark verdickt und fühlt sich derb und zähe an. An der äusseren Seite des linken Beines befindet sich eine in der Heilung begriffene Wunde. Von geschwollenen Lymphdrüsen nirgends etwas zu bemerken. Temperatur normal, an den Lungen nichts auszusetzen.

Die Herzdämpfung ist vergrössert nach links und unten. Sie erstreckt sich von dem oberen Rande der dritten Rippe als relative 3,5 Cm. nach unten zu und setzt sich als absolute 9,5 Cm. fort. Der Breite nach erstreckt sie sich von der Mitte des Sternums 13,5 Cm. nach aussen zu. Ictus cordis nicht sichtbar aber fühlbar. Die Herztöne dumpf entfernt, der erste Ton mitunter von einem kratzenden Nebentone ersetzt. Puls rhythmisch, schwach, 100 in der Minute. Harnmenge im allgemeinen 700 Ccm. pro 24 Stunden.

Diagnose: Vitium organicum cordis et Oedema scleroticum cutis universale.

Therapie: Infus. digital. 1 Esslöffel m. 3. Mixt. Lebert. 25 Tr. 3. Baln. tep. II. Sol. sulphat. chin. 1 Esslöffel m. 3.

Obduction $^{24}/_{10}$: Mittelgrosser, wohlgebildeter und kräftig gebauter Körper. Unterschenkel und Oberschenkel besonders umfangreich; fühlen sich fest und hart an. Um auch nur eine unbedeutende Vertiefung in der Haut hervorzurufen, ist schon ein sehr kräftiger Druck erforderlich; aber auch dann wird eine solche nur ganz flach und füllt sich langsam wieder. Die Haut in Falten aufzuheben, ist ganz unmöglich. Auf der Vorderseite des Unterschenkels sind verschiedene niedrige (1 Mm. hohe) weisse narbenartige Gebilde — einige von der Grösse eines Zweimarkstückes, die meisten jedoch so gross wie eine 1 Pfennigmünze oder kleiner — zu sehen. Diese Bildungen sind im allgemeinen fast cirkelrund mit scharf abgeschnittenem Rande, ähnlich Pastillen oder Stearintropfen. Ihre obere Fläche ist in der Regel platt und glatt, ohne Schrumpfung. Auf den veränderten Hautpartien bilden die Haarsackmündungen überall stark hervortretende Wärzchen mit einem Haare im

Centrum. Diese Wärzchen sitzen so dicht an einander, dass die Hautoberfläche eine grob chagrinirte Beschaffenheit — ähnlich einer hyperplastischen Cutis anserina — erhält. Die beschriebene Veränderung der Haut erstreckt sich mit nach oben abnehmender Intensivität über die ganze rechte Körperhälfte, während sie von der linken Körperhälfte den Hals, den Arm und den Thorax bis zum Rande der Rippen frei lässt; ebenso ist der ganze Kopf davon unberührt. An allen diesen Stellen hat die Haut eine satte graue, ein wenig ins Röthliche überspielende Farbe. Nur an den Schienbeinen hat sie ein blaurothes Aussehen. Sie schneidet sich auch sehr schwer und die Schnittfläche zeigt das Corium ansehnlich verdickt, während das subcutane Bindegewebe stark reducirt ist. Die Leichenstarre in allen Gelenken noch vorhanden. Auf der Rückseite des Körpers ausgedehnte Todtenflecke. In den Lungensäcken eine bedeutende Menge klarer seröser Flüssigkeit. Die Lungen grösstentheils ohne Adhärenzen, knisternd, ein wenig emphysematös, die unteren Partien zudem etwas ödem. Im Pericard 100 Gm klarer seröser Flüssigkeit. Das Herz bedeutend vergrössert, 14 Cm. breit, 12,5 Cm. lang. Seine Musculatur schlaff, blassgelblich; die Schnittfläche opak und graugelblich. An der Spitze der linken Kammer vielfach fibröse Verdickung des interstitiellen Bindegewebes. Rechter Ventrikel dilatirt, die Dicke der Wand normal. Valv. tricuspidalis lässt vier Finger durch, die Zipfel normal. Die valv. mitralis lässt drei Finger durch, an beiden Zipfeln verrucöse Excrescenzen. An der Aorta, der Pulmonalis, der Milz und der Pankreas nichts Auffallendes. Die Nieren etwas ödematös, sonst ohne bemerkbare Veränderung. Die Leber ist gross und hart, mit abgerundeten Rändern, sehr hyperämisch; das Bindegewebe erscheint etwas vergrössert, die Läppchen sind sehr deutlich, mit grossen rothen Centren und geblichen Peripherien. Die retroperitonealen Lymphdrüsen, welche bedeutend angeschwollen, fast wallnussgross und an der Schnittfläche grauroth sind, bilden zu beiden Seiten der Aorta und Vena cava zwei rosenkranzförmige Bänder. Larynx, Pharynx und Digestionstractus normal. Im Uterus ein grösseres intramurales Myom von der Grösse eines Kinderkopfes.

Mikroskopische Untersuchung der Haut.

Die Oberhaut zeigt in diesem Falle reicht eigenthümliche Veränderungen und erscheint im allgemeinen sehr verdünnt. Die Zellen des *Stratum corneum* sind zu einigen wenigen Lamellen vereinigt, die leicht von einander abgehoben werden können; dieselben sind ganz structurlos und nehmen den Farbstoff diffuse auf. *Stratum lucidum* besteht fast überall aus einer einzigen Lage von Zellen, welche wie gewöhnlich stark granulirt sind und die üblichen Färbungen sehr begierig annehmen. *Stratum Malpighi* ist auch bedeutend mehr verdünnt, als es sonst unter physiologischen Umständen der Fall zu sein pflegt; es besteht hier im allgemeinen aus 6—7, seltener 10

Zellenlagen, natürlich mit Ausnahme der interpapillären Zapfen. Die Zellen erscheinen ein wenig verkleinert, und ihre Stachelfortsätze sind bisweilen recht niedrig, und zwar um so niedriger, je näher sie sich dem Corium befinden, so dass die Zellen der tiefsten Schichten ihrer ganz zu entbehren scheinen. In dieser untersten Schicht sind die Zellen mehr oder weniger spindelförmig und stehen vertical; ihre Länge variirt zwischen 15 und 25 μ, die Breite zwischen 5 und 8 μ. Sie weisen ausserdem die Eigenthümlichkeit auf, dass sie sehr häufig lange, feine, zapfenförmige Ausläufer bilden, welche sich bis auf 60 μ und darüber in das Cutisgewebe hineinverfolgen lassen (s. Fig. *A*). Diese Ausläufer sind oft wellenförmig oder korkzieherartig gedreht und verlieren sich als äusserst feine Fäden in den Bindegewebe-Fibrillen des Stratum papillare. An verschiedenen Stellen treten diese Ausläufer in solcher Menge auf, dass das Stratum papillare corii zum grössten Theile aus solchen zu bestehen scheint. Dergleichen Ausläufer kommen übrigens nur an den spindelförmigen Zellen vor, welche über den Coriumpapillen liegen, dagegen scheinen sie bei den nicht ebenso deutlich spindelförmigen Zellen der interpapillären Epidermiszapfen gewöhnlich zu fehlen.

Die Coriumpapillen sind bedeutend abgeflacht und verbreitert. Ihre Höhe beträgt im allgemeinen $\frac{1}{10}$ Mm., während die Breite zwischen $\frac{1}{10}$, $\frac{3}{10}$, 1 Mm. wechselt. Die Papillen sind nicht, wie gewöhnlich, kegelförmig, sondern stellen sich als grosse warzenähnliche Bildungen mit gerade in die Höhe aufsteigenden Rändern und schwach abgerundeter Spitze dar. Zwischen diese ragen die Epidermiszapfen wie relativ schmale Kolben hinab, welche oft nur aus 2 bis 3 Zellen in der Breite bestehen.

Pars papillaris corii wird in seiner Hauptmasse von äussert feinen Fibrillen gebildet, welche einander nach allen Richtungen hin durchkreuzen. Oft treten zu diesen in recht ansehnlicher Menge verticale Fäden, nämlich die oben erwähnten Ausläufer der untersten Zellen der Epidermis. In diesem Netzwerk liegen, ziemlich gleichmässig vertheilt, die spärlichen Bindegewebezellen. Deren Kern scheint von gewöhnlicher Grösse zu sein; dagegen erscheint das Protoplasma spärlich; es tritt nur an den Stellen, in grösserer Menge auf, wo die Ausläufer enden, welche dann in feine Fibrillen übergehen. Im Centrum eines jeden Papills findet man in der

Regel ein Capillargefäss, welches, einfach oder verzweigt, dicht unter der Oberhaut hinläuft und dort eine Schlinge bildet. Diese Capillare erreichen oft eine Breite von 20 μ. Die Papillen scheinen alle Gefässpapillen zu sein; wenigstens waren nirgends Nervenendkörperchen anzutreffen. Ihre Gefässe sind sehr dünnwandig und scheinen aus einer einfachen Schicht von Zellen zu bestehen. Etwas weiter unten geht dann die Pars papillaris in die Pars reticularis über. Das feine Fibrillennetz verschwindet und wird durch breite mächtige Züge von Bindegewebe ersetzt, welches wohl ein fibrilläres Gefüge hat, im übrigen aber ganz structurlos ist und diffuse gefärbt wird, d. h. in sclerotisches Bindegewebe umgewandelt worden ist. Diese mächtigen Züge laufen im allgemeinen parallel mit der Hautoberfläche, an verschiedenen Stellen trennen sie sich jedoch von einander, um ovale Klüfte zu bilden, in welchen sie bald Bindegewebe von gewöhnlichem Aussehen, bald die Windungen einer Schweissdrüse oder irgend einen hypertrophischen Haarmuskel einschliessen. Weiter unten fügen sich das Bindegewebe zu immer mächtigeren Zügen zusammen, welche das Fettlager stark beeinträchtigen und an vielen Stellen einer hochgradigen Atrophie unterwerfen. Gleichzeitig verbinden sie das Corium beinahe unverschiebbar mit den darunter liegenden Fascien. An den meisten Stellen nimmt man an dem so veränderten Corium eine bedeutende kleinzellige Infiltration wahr, welche sich um die Gefässe herum oft bis in die Papillen hinauf ganz nahe der Epidermis verfolgen lässt. Sogar die mächtigen Musc. arrect. pilorum sind oft der Sitz einer beträchtlichen derartigen Infiltration. Auch die Schweissdrüsen sind oft von Rundzellen umgeben, besonders in ihren unteren Partien, aber auch längs des Ausführungscanals und scheinen nicht selten etwas dilatirt zu sein; im übrigen weisen sie jedoch nichts Bemerkenswerthes auf. Die Gefässe des Coriums zeigen keine anderen Veränderungen, als die eben erwähnte Erweiterung der Papillen. In dem subcutanen Bindegewebe trifft man dagegen recht oft Gefässe mit mächtig verdickten Wänden, deren enge Lichtung nur als eine schmale Sichel oder ein unregelmässiger Stern mit dünnen Strahlen erscheint (Fig. *B*). Die Veränderung beruht offenbar vor allen Dingen auf einer starken Proliferation der Intima, deren Zellen fast immer radiär geordnet sind. Die Grenze nach der Media zu zeichnet sich im allgemeinen durch eine schmale, stark in Falten gelegte,

hyaline Lamelle aus. Sowohl in der Adventitia als auch in der Media lässt sich häufig Infiltration mit Rundzellen beobachten. Das elastische Gewebe scheint überall sowohl an Zahl als auch an Volumen verringert zu sein.

Epikrise.

Wir haben es hier mit der Krankengeschichte einer Patientin zu thun, die von Kindheit an nicht recht gesund gewesen ist, während der letzten fünf Jahre ein Herzleiden mit hier und da auftretenden Symptomen von Incompensation gehabt, und auch an Ulcera anticrur., möglicherweise auch an Erysipelas gelitten hat. Ob das Hautleiden in einem früheren Stadium von Fieber begleitet gewesen ist, hat nicht festgestellt werden können; unwahrscheinlich ist es jedoch nicht.

Wenn es gilt, die Art der hier vorliegenden Hautveränderungen zu bestimmen, so liegt uns zunächst der Gedanke an die *Elephantiasis arabum* und *Sclerodermia* nahe. Was die Auffassung der Krankheit als Elephantiasis anlangt, so scheinen allerdings die in der Anamnese erwähnten Beinwunden im Vereine mit dem Herzfehler und dem von dem vergrösserten Uterus ausgehenden Drucke Umstände zu sein, welche die Entstehung einer solchen Veränderung an den Beinen, keineswegs aber an dem Rumpfe und dem Arme erklären könnten. Auch dürfte die kurze Zeit von nur 5 Monaten, welche die Veränderung zu ihrer Entwickelung bedurft hat, kaum für Elephantiasis genügend sein. Die Beine haben hier auch trotz ihrer Verdickung ihre Form beibehalten und zeigen nicht, wie bei Elephantiasis, eine gleichmässig dicke cylindrische Gestalt, mit ausgeglichenen Knöcheln und Waden. Die Beobachtungen, welche wir beim Einschneiden machen können, liefern auch keine Stütze für die Annahme der letztgenannten Krankheit. Wo man auch einen solchen Einschnitt vornimmt, findet man überall denselben Reichthum an Bindegewebe mit einer nahezu trockenen Fläche, aus welcher sogar beim Drücken kaum eine seröse Flüssigkeit hervordringt. Im Mikroskop lässt sich auch kein Zeichen von Lymphstase oder irgend welche Spur von Erweiterung der Lymphgefässe wahrnehmen, und ebensowenig zeigt sich etwas von Hypertrophie an deren Wänden. Allerdings ist die Vermehrung der Bindegewebe eine für

beide oben erwähnten Krankheiten gemeinsame Veränderung; im vorliegenden Falle haben wir es aber ausserdem auch noch mit Atrophie der Epidermis, sowie Atrophie und Dilatation der Gefässschlingen im Stratum papillare, im Vereine mit Hypertrophie der Papillen und Musc. arr. pilorum zu thun. Aus diesen Gründen scheint die oben beschriebene Veränderung am besten dem zu entsprechen, was ORTH *Sclerodermia diffusa* nennt. Die Ausläufer der Epidermiszellen sind auch von NEUMANN beobachtet worden. SPIELER bemerkt hierüber: In dem Falle, welchen NEUMANN untersuchte, waren die Zellen des R. Malpighii hypertrophisch; dieselben bildeten zapfenförmige Fortsätze, welche in das Cutisgewebe hineinragten. Auf einen Versuch, die Ursachen und Bedeutung der Erscheinung ausfindig zu machen, lässt er sich nicht ein.

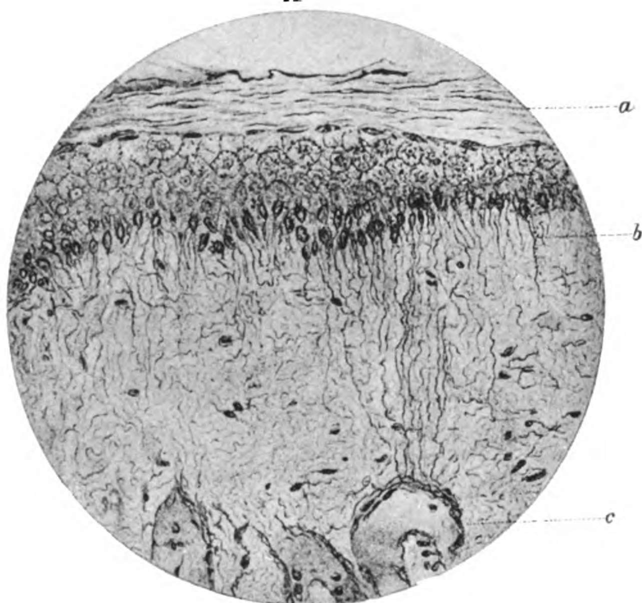
Erklärung der Abbildungen.

A. Querschnitt von Haut des Unterschenkels. *a* Stratum corneum. *b* Zapfenförmige (fadenförmige) Fortsätze. *c* Capillaren.

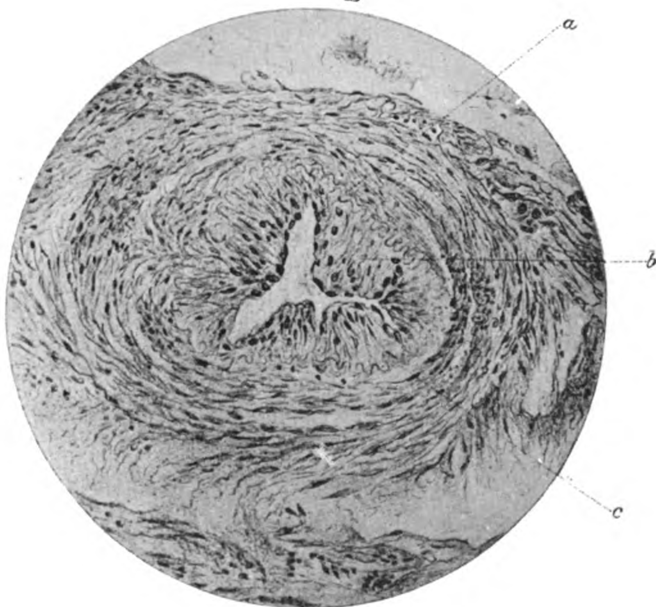
B. *a* Endothel. *b* Gewucherte Intima. *c* Elast. Membran.

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

A



B



NORDISKT MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. N:r 30.

Nordisk medicinsk literatur från 1896.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: JOHAN ULRICH: Undersögelser over Käveleddet hos Mennesket med särligt Hensyn til de mekaniske Forhold.

JOHAN ULRICH: **Undersögelser over Käveleddet hos Mennesket med särligt Hensyn til de mekaniske Forhold.** Med 12 Tavler. Köbenhavn 1896. Afhandl. for Doktorgraden.

Efter en kort almindelig Indledning giver Forf. en Oversigt over Käveleddets Anatomi, og derpå en Skildring af de mekaniske Forhold ved Leddene i Almindelighed og af Käveleddet särskilt. På dette mere forberedende og orienterende Afsnit af Arbejdet fölger så Meddelelsen af Forf:s egne Forsög, indledet ved en Oversigt over Fremgångsmåden og Tekniken ved dem. Forf:s egne Undersögelser meddeles i en Räkke Afsnit om Underkävens forskellige Bevägelser, Åbne- og Lukkebevägelser, Fremadforskydning, Sidebevägelser og Tyggebevägelser, samt om Musklerne, der beväge Underkäven. På S. 51—54 og S. 60—62 er der tilföjet rent matematiske Udviklinger af Professor THIELE om nogle herhen hörende Spörgsmål. Afhandlingen afsluttes med et Resumé over Hovedresultaterne af Forf:s Undersögelser; heraf skal her fremhäves: Forf. opfatter den när Ledlinjen liggende Insertion af m. pterygoid. ext. som Grunden til, at den väsentlig benyttede Del af Ledfladen på os temporis bliver konvex, medens de fjärnere liggende Insertioner af mm. digastrici o. s. v. samt Lukkemusklerne på den anden skulde väre Årsagen til Forholdene i nederste Ledkammer, hvor Menisken er Ledskål, condylus Ledhoved. — Forf. hävder, at det ikke, som ved de fleste andre Led, er Ledfladernes Form, der overvejende regulerer Bevägelserne, men Underkäven må betragtes som ophängt ved Ledkapslen og Ligamenterne, medens Musklerne virke på den som på en toarmet Vägtstang og derved väsentlig bestemme Bevägelsens Art og den momentane Axes Beliggenhed. Foruden disse almindelige Resultater fremhäver Forf. en stor Räkke mere specielle Resultater, for hvis Vedkommende der her må henvises til Arbejdet selv, og endelig giver han en kort Oversigt over, hvad der kan udledes af hans Muskelforsög, hvorom ligeledes må henvises til Originalen.

Ditlevsen.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi: O. TIRÉN: Två fall af perforerande aorta-aneurysma. — H. KÖSTER: Multipla sarkom med egendomlig fördelning och symptom af psevdobulbärparalysi. — A. LINDH: En mera sällsynt form af tuberkulös peritonit.

O. TIRÉN: **Två fall af perforerande aorta-aneurysma.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1895, s. 72.

1. En 65-årig man, som vårdats för svåra smärtor i ryggen, afled plötsligen kort efter inkomsten. Sektionen visade vänstra plevrahålan fyld af blod från en perforerad aorta. Denna är ofvan diaphragma vidare än vanligt, strax därofvan finnes en gåsäggstor utvidgning med skroflig, ulcererad, fibrinbelagd inneryta å ett 3 × 3,5 cm. högt område rundt om och med usur af 11—12 kotkropparna. 2-örestor perforation till ett aneurysma dissecans, som sträcker sig 13 cm. uppåt och i sin ordning perforerat in i plevrahålan. Från diaphragma till promontorium baktill och på sidorna om aorta en delvis nära tumstjock fibrös svål förenad med kotkropparna. Hjärtat ej förstoradt.

2. Hos en kraftig supare med våldsamma delirier inträdde döden plötsligt. Hela pericardium utspändt af blod, en trasig öppning bakom art. pulmonalis å höger sida af de uppgående kärlen, mynnande in i en större blodfyld håla, som befinnes vara ett aneurysma dissecans, nående uppåt till och något förbi afgången af de stora halskärlen. I aorta 1,5 cm. ofvan den bakre högra aorta-valveln en 1-örestor perforation och rätt uppåt från denna en längsgående ruptur med flere tvärrefvor, omkr. 9 cm. lång, nående upp mot arcus. Aortas insida skroflig, kalkaflagring i semilunarvalvlerna, betydlig hypertrofi af vänstra kammaren.

I epikrisen framhålles i första fallet aortautvidgningens ovanliga läge och den egendomliga svålbildningen, som förf. på grund af anamnestiska data ej är obenägen sätta i samband med en föregående pyemisk process, och som möjligen varit en bidragande orsak till anevrysmets utveckling i fallet.

Köster.

H. KÖSTER: **Multipla sarkom med egendomlig fördelning och symptom af psevdobulbärparalysi.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, s. 37.

Ett fall, som erbjuder intresse i både kliniskt och patolog.-anatomiskt hänseende. Hos en 54-årig, mycket nedsatt och afmagrad kvinna utbildades en pares af facialis, tungan, läpparna och gombågarna efter två apoplektiska anfall; ingen pares af extremiteterna, ingen atrofi utbildades, inga fibrillära ryckningar. Paresen tilltog alt mer, och buken svälde, utan att objektift där något kunde konstateras; sedan en tumörbildning uppträdt i mamma, stäldes diagnosen på en psevdobulbärparalys, beroende på en tumör i närheten af medulla oblongata. Sek-

tionen visade en tumörbildning i högra lillhjärnshemisferen, som torde kunna anses hafva genom tryck framkallat symptomen, dessutom liknande nybildningar å båda hemisfererna, i högra å 2:dra frontalvindeln, gyrus calloso-marginalis' bakre del, å vänstra i bakre hälften af gyrus temporalis secundus och tertius och i gyrus parietalis superior. Dessutom anträffades utom i mammæ nybildningar i mesenterialkörtlarna, omentet, gallblåsan, här utgående från fundus, men för öfrigt fyllande gallblåsan utan sammanhang med väggen, i tunntarmens slemhinna i talrik mängd samt enstaka å dess serosa. Tumören visade sig vara ett sarcoma globo-fuso-giganto cellulare. — Förf. framhåller den ovanliga fördelningen af tumörerna äfvensom omöjligheten att fastställa den primära härden med säkerhet, ehuruväl han anser det sannolikt vara att söka i bröstkörtlarna.

Köster.

A. LINDH: **En mera sällsynt form af tuberkulös peritonit.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1895, s. 59.

Skildring af en sådan, som förf. anträffat i 4 fall, jämte kort redogörelse för de 2 af dessa. Symptomen äro de vanliga af en tuberkulös peritonit, men exsudat saknas, ofta finnes tympanitisk ton öfver hela buken; då man gör insnitt i buken anträffas emellertid ingen peritonealhåla, tarmarna äro sammanvuxna sinsemellan och med bukväggen; vid försök att arbeta sig in, visar sig detta vara svårt på grund af adherensernas fasthet och hållbarhet. Dolda exsudat kunna dock finnas här och där i buken mellan tarmslyngor. Alla 4 patienterna blefvo efter operationen utskrifna förbättrade, hvilket enligt förf. är egendomligt, då i dessa fall man ej varit i tillfälle att med luft eller annat inverka på någon peritonealhåla.

Köster.

Speciel patologi och terapi: H. KÖSTER: Ett fall af diplegia spastica cerebralis. — H. KÖSTER och K. SCHILLER: Hjärntumör; trepanation; förbättring för en tid. — VERMEHREN: Glandula thyreoidea's Betydning for Stofskiftet. — H. KÖSTER: Ett bidrag till behandlingen af pseudoleuchæmia lienalis. — E. BÄCKLIN: Om betydelsen af enteroptos. — CHR. ULRICH: Sequelæ ulceris ventriculi perforat. — P. SILFVERSKIÖLD: Om thiosinamin. — MYGGE: Et suicidium under ejendommelige Forhold.

H. KÖSTER: **Ett fall af diplegia spastica cerebralis.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, s. 58.

Ett typiskt fall af ofvan nämnda lidande med utpräglade dubbelsidiga atetotiska rörelser i extremiteterna och i ansiktet jämte höggradigt spastisk gång. Pat. framföddes asfyktisk, ehuru utan instrumental hjälp, och omöjligt är ej, att en då uppkommen lesion ligger till grund för lidandet, fastän denna sannolikt varit begränsad till de motoriska banorna, då hjärnsymptom för öfrigt saknas och hennes intelligens ej visar minsta rubbning.

Köster.

H. KÖSTER och K. SCHILLER: **Hjärntumör; trepanation; förbättring för en tid.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, s. 62.

En 46-årig man fick plötsligen utan föregående illamående ett anfall med ryckningar i höger arm och ben, började i handen, som snart gick öfver; 10 dagar senare ett nytt liknande anfall utan förlust af medvetandet. Därefter frisk utan hufvudvärk, ryckningar, yrsel eller svaghet af någon sida under ett par månader, då han å nyo fick 2 liknande anfall, sista gången medvetslös under ett par timmar.

Vid inkomsten konstaterades orubbad intelligens, frånvaro af hufvudvärk, kväljningar och yrsel, men lindrig pares af h. arm och ehuru mindre af h. ben, pares af nedre h. facialisgrenen samt deviation af tungan åt höger. Ingen ataxi, sensibilitet normal, patellarreflexerna starka, i synnerhet å h. ben. Småningom ökades paresen, rigiditet tillstötte i benet med dorsalklonus, upprepade anfall med ryckningar i h. arm och ben samt h. ansiktshalfvan, började med krypningar och ryckningar i h. hand, tillstötte och slutligen utbildades fullständig paralys af de h. extremiteterna och pares af h. facialisgebitets nedre gren samt hypoglossus. Staspapill konstaterades utbildad först ½ år efter de första symptomens uppträdande.

Slutligen blef patienten alt slöare och fick våldsamma kräkningar och yrsel. Han öfversändes till kirurg. afd. (d:r SCHILLER), där trepanation utfördes öfver midten af centralgyri, utan att en tumörbildning anträffades. En stor hjärnprolaps uppstod emellertid, och under första tiden efter operationen minskades staspapillen samt var en kortare tid nästan försvunnen, men småningom försämrades tillståndet, och patienten afled.

Sektionen visade en tumörbildning, som delvis låg i det prolaberade hjärnpartiet, skild från ytan af en ½ cm. bred förändrad hjärnmassa. Den sträckte sig ända bort till fissura occipitalis på inre ytan och intog en stor del af centrum semiovale. Mikroskopiskt visade sig tumören vara ett sarkom.

I epikrisen redogöres för lokaldiagnosen samt framhålles den apoplektiforma början under full hälsa samt förekomsten af en kortikal epilepsi vid lesion af centrum semiovale, där tumören måste hafva haft sitt säte, då trots ett djupt insnitt å det ställe, där sedan tumörbildningen visade sig sitta, vid operationen ingen sådan kunde anträffas.

Köster.

VERMEHREN: **Glandula thyreoidea's Betydning for Stofskiftet.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 761.

En orienterende Oversigt over nyere Stofskifteundersögelser for at oplyse ovennävnte Spörgsmål. *F. Levison.*

H. KÖSTER: **Ett bidrag till behandlingen af pseudoleuchæmia lienalis.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, s. 16.

Ett fall, i hvilket syregasinandningar medförde en oväntad och hastig förbättring och detta vid användning af endast ringa mängd. Pat., en 44-årig man, som såsom maskinist fått arbeta i höga temperaturer och alltid varit blek men för öfrigt frisk, blef sedan en tid alt mattare, andtäpt och fick hjärtklappning. Vid inkomsten ytterligt blek, 800,000 röda blodkroppar i kmm., talrika poikilo- och mikrocyter samt enstaka, kärnhaltiga, röda blodkroppar, hvita blodkroppar ej förökade, ett ringa antal eosinofila celler. Mjälten nådde till mammillarlinien, lefvern ej förstorad, lymfkörtlar normala. Dessutom en mitralisstenos och insufficiens. Trots behandling med kina och arsenik försämrades tillståndet, pat. blef oredig, ödem uppträdde kring fötterna, en höggradig dyspné utbildades, de röda blodkropparnas antal sjönk ytterligare, hemoglobinhalten gick ned till 20—25 %. Patienten formligen gapade efter luft. Inandning af 4 liter syrgas per dag ändrade hela bilden. Genast lindrades andtäppan, och en stadig förbättring vidtog, så att 6 dagar efter inandningens början antalet blodkroppar var 1,090,000, hemoglobinhalten 40—45 %, 8 dagar senare 1,900,000, poikilo- och mikrocyterna färre till antalet. Samtidigt minskades hastigt mjältens storlek, så att den 14 dagar efter indandningarnas början endast nådde till främre axillarlinien och 2 veckor senare var af normal storlek. Syrgasinandningarna fortsattes endast under 16 dagar; de härvid af förf. konstruerade enkla apparaterna utfördes å apoteket och hänvisas i fråga om dem till uppsatsen.

Vid i oktober anställd undersökning konstaterades, att patienten var fullt frisk, antalet röda blodkroppar 4,500,000, hemoglobinhalten 90 %, mjälten var normal.

I epikrisen framhålles den oväntade förändring, som inträffade efter inandning af endast 4 liter syrgas per dag, medan den vanligen vid levkemiska pareser använda mängden går upp till 30—50 liter per

dag. Verkan var så frappant, att man har svårt att undgå antaga en kurativ verkan hos medlet i fallet. Under de förut använda arsenik- och kinamedlen hade försämringen kontinuerligt fortgått.

Köster.

E. BÄCKLIN: **Om betydelsen af enteroptos.** Hygiea 1896, II, s. 246.

Förf. lemnar först en utförlig öfversikt af den i ämnet offentliggjorda literaturen. Särskildt redogör han för GLÉNARDs uppfattning. Därefter meddelas 12 sjukhistorier, på grund af hvilka han framställer sina egna åsikter. I etiologiskt hänseende spela hängbuk, användning af snörlif, hastig afmagring samt en genomgången grossess en viss rol. För behandlingen påpekas BARDENHEUERs bandage, massage af buken, lämplig diet och toniserande medikamentösa medel såsom arsenik, järn och nux vomica.

Såsom symptom tillhörande enteroptosen påpekas lokala obehag, atoni och dilatation af magsäcken, ektasi af colon, felaktig blodsammansättning, nevrasteniska tillstånd.

Edgren.

CHR. ULRICH: **Sequelæ ulceris ventriculi perforatæ.** Klinisk Meddelelse fra Kommunehospitalets 2den Afdeling. Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 367.

En 35-årig ugift Kvinde indlagdes på Hospitalet, fordi hun i omtrent 3 Uger havde haft Smerter i venstre Brysthalvdel, särlig opad; Smerterne forvärredes ved Bevägelse af venstre Arm og dybt Åndedrät; samtidig föltes ubestemte Smerter i Underlivet og Patienten svedte en Del. Der havde aldrig väret Symptomer på ulcus ventriculi, aldrig Hoste eller Brysttilfälde. Temp. 38,4, Puls 90, Respiration 36. Hele venstre Brysthalvdel viste mat Perkussionstone, der var nogen Forskydning af Hjärtet, og Respirationslyden var på denne Side for störste Delen uhörlig. Der var en dextro-konvex kyphoscoliosis dorsalis. Da en Prövepunktur viste, at venstre Plevrahule indeholdt pus, reseceredes 7de costa tät udenfor Angulärlinjen, og en stor Mängde pus udtömtes. Derefter rettede Befindendet sig i Löbet af en Måned, Patienten var oppe, da der pludselig optrådte 3 epileptiforme Anfald på omtr. 15 Minuters Varighed med kort Mellemrum; disse efterlod Pandehovedpine og Slövhed, og efter 4 Dages Forlöb döde Patienten.

Ved Sektionen fandtes i Ventriklen på Bagfladen en stråleformet Cikatrice, på Forfladen omtrent midt mellem cardia og pylorus en 2-kronestor Cikatrice med 3 karakteristiske ärtestore ulcera, af hvilke et var perforerende; Ventriklen var i stor Udsträkning fastvoxen til diaphragma, mellem dette og Milten en afkapslet Absces. Lobus Spigelii omdannet til en Absces, hvorfra pusinfiltrerede Strög gik ind i det övrige Leverväv. Under diaphragma en til Dels sammenfalden Absceshule, hvorfra Perforation var sket til venstre pleura; i dennes Hulhed fandtes ikke pus, men nederste Lap af venstre Lunge var beklädt med Pusmembraner. I Hjärnens venstre Frontallap og höjre Okcipitallap en henholdsvis hönseäg- og hasselnödstor Absces afkapslet

ved en Membran; i Pusset Streptokokker; Hjärnens Väv og Hinder i övrigt normale.

F. Levison.

P. SILFVERSKIÖLD: **Om thiosinamin.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, s. 28.

Kort redogörelse för resultaten i 10 fall vid insprutningar af ofvan nämnda medel i skrofulösa lymfkörtlar. Alla hade mer eller mindre påverkats af medlet, 4 blefvo fullt återstälda, 1 nästan alldeles botad, 1 blott något förbättrad, 1 behandlas fortfarande. De tre öfriga vistades å Styrsö hafskuranstalt, hvarför medlets verkan ej kunde med säkerhet bedömas. Dosen var till en början ett delstreck af en PRAVAZ' spruta af en 5-%-lösning, småningom ökad ända till en hel spruta. Förf. uppmanar till fortsatta försök med medlet.

Köster.

MYGGE: **Et suicidium under ejendommelige Forhold.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 673.

En Alkoholist begik Selvmord ved at kaste sig ud af Vinduet. Forf. diskuterer Oprindelsen til denne Handling og mener at kunne antage et epileptisk Äkvivalent, da Pat. tidligere efter en Kontusion af Hovedet har haft Krampetilfälde.

F. Levison.

O. HEIDENREICH: **En "fortinnet cornea".** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 55—56.

Forf. meddeler et Tilfälde hvor en 10 årsgammel Gut, som holdt på at lodde en »Bössepibe» ved at hälde en Del smeltet Tin ned i Löbet, fik en Del af Tinnet op i sit Ansigt på Grund af en Explo-

sion under Lodningen; det viste sig, at cornea i sin Helhed var bedäkket med en blank Plade af Tin, et fuldständig Aftryk af cornea. Pladen aflösnedes under Kokainanästesi, hvorefter fuldständig Helbredelse i Löbet og 10 Dögn — cornea blank og jävn; ingen Injektion.

H. Hopstock.

WILLE: **Iritis.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 697.

Indpränter Vigtigheden af ikke at overse en iritis og anbefaler energisk Atropinisering »indtil det förste lette Forgiftningssymptom — Törhed i Svälget» — for at få synech. post. löste ved frisk iritis.

J. Bjerrum.

S. G. L. RIBBING: **Profställ (glasögonställ) vid refraktions- och synskärpebestämningarna.** Hygiea 1896, II, s. 125.

Efter att hafva framhållit betydelsen af rörliga profställ vid glasögonbestämningar, beskrifver förf. tvänne af honom konstruerade sådana, af hvilka det ena kan hastigt omändras, så att det passar för profglas af alla storlekar mellan 35 och 39 mm. Därjämte anger han en metod att uppmäta pupillardistansen vid fixation på nära håll samt lemnar en tabell för beräkning af pupillafståndets förändring vid olika fixationsafstånd. *Widmark.*

A. LINDH: **Polydipsi och polyuri. Depression af hjärnskålsben. Trepanation.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, s. 34.

Hos en 5 års gosse, som efter ett fall för 2 år sedan fått en mjuk, växande svulst öfver vänstra delen af hjässan, sträckande sig öfver en del af pann- och hjässbenet, tömdes denna 1 år senare genom punktion, utan att den återbildades. För 2 till 3 månader sedan började han besväras af stark törst och betydligt ökad urinafsöndring, men mådde för öfrigt väl. Vid undersökning konstaterades en depression af hufvudskålsbenen å nämnda område, och, då ett samband mellan denna och polyurien kunde tänkas, gjordes operation i 2 seancer, i det först en cysta öppnades och sedan, när hudlambåen hunnit läkas fast vid underliggande ben, detta för att undvika infektion, trepanation gjordes. Duran var förtjockad och hård, så att den efter operationen bibehöll sin nedtryckta ställning, men genomskars ej, då intet tydde på en skada af själfva hjärnsubstansen och den nämnda nedtryckningen af duran med tiden borde utjämnas. Resultatet var negatift. Vid en ifrågasatt kommande operation anser förf. sig därför berättigad att närmare undersöka hjärnans beskaffenhet å nämnda ställe. *Köster.*

K. SCHILLER: **Kirurgisk kasuistik.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, s. 1.

Fall 1. Hos en 40 års man iakttogs ½ år före intagandet en knöl i magen, och buken tilltog småningom i volum utan smärtor, men under afmagring. Vid inkomsten bukomkrets 110 cm., en tumör till jämnhöjd med nafveln och där ofvanför en annan, nående upp under bröstkorgsranden, af halffast konsistens, fastsittande; ingen ascites.

Diagnos: lipom. Tumören visade sig vid laparotomi bestå af en hel del större och mindre lipom, hvilka till största delen exstirperades. Operationen räckte 3 timmar, suturerna borttogos på 10:de dagen, men en slutlig varig afsöndring från dränröret uppkom. Anfall af hjärtpares på 11:te och 15:de dagen; det sista ledde till dödlig utgång. Förf. betonar sällsyntheten af lipom i bukhålan; döden följde sannolikt på grund af narkosens försvagande inverkan på hjärtat.

Fall 2. Hos en 40-årig kvinna, som under 4 månader besvärats af värk i vänster sida af buken och incontinentia urinæ och magrat, anträffades vid inkomsten i denna trakt en djupt liggande resistens från fossa iliaca upp till bröstkorgsranden. Urinen var grumlig, illaluktande, innehöll varkroppar. Vid operationen befans njuren vara betydligt förstorad, men för öfrigt dess substans frisk, njurbäckenet var betydligt dilateradt med blödningar i slemhinnan, en i ureteren införd knappsond kunde nedtränga blott ett par cm. Njurbäckenet fixerades i lumbalsåret. Genom såret afgick sedermera urin, men ingen sådan läts per vesicam; endast några matskedar tjock, varliknande vätska erhöls vid den dagliga kateteriseringen. Värken försvann, men fisteln i ryggen kvarstod vid utskrifningen. Förf. framhåller möjligheten af en kongenital frånvaro af den andra sidans njure eller af patologiska förändringar i den samma, till följd af hvilka den blifvit otjänstbar. Diagnosen ställdes före operationen på en pyelonefros på tuberkulös basis, fastän baciller ej kunde påvisas.

Fall 3. En 21-årig man hade begått självmordsförsök medels ett revolverskott mot högra tinningen. Kulan kunde ej anträffas; symptomen voro sanslöshet de 2 första dagarna och kvarstående pares af höger ben. På 7:de dagen uppstod en ansvällning af vänstra pannhalfvan vid hårfästet, och anträffades här vid incision en komminut fraktur och därunder kulan. Pat. utskrefs nästan fullt frisk. Förf. framhåller den lyckliga utgången, oaktadt kulan passerat genom hela hjärnans bredd.

Fall 4. Hos en 66-årig man, som var afatisk, endast »ja, nej» och »det är» kunde uttalas, men ej orddöf, anträffades en impression ofvanför vänstra örat af kraniet af mer än en specieriksdalers storlek, en följd af en spark af en häst. Efter depressionens upplyftande och aflägsnande af ett blodkoagulum utanpå duran blef pat. fullt återstäld.

Fall 5. Cancer uteri Exstirpatio uteri per viam sacral. Hälsa.

Köster.

A. LINDH: **Ileusfall.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, s. 49.

1) 19-årig yngling, som en tid haft gallfärgade kräkningar och häftiga smärtor i buken, slutligen ileussymptom med uppdrifning af buken, opererades i mycket nedsatt tillstånd. Härvid anträffades en sträng, gående från främre bukväggen snedt bakåt och nedåt till nedre delen af ileum (divertic. Meckelii), som inklämt en 25 cm. lång tarmslynga från öfre delen af ileum; denna afkliptes. Symptomen fortforo dock oförändrade till döden, och sektionen visade, att vid tar-

marnas reposition ett nytt hinder uppstått, nämligen en inflexion af den frigjorda slyngan.

2) 52 års man opererades för en diagnosticerad volvulus flexuræ sigmoideæ, som inträdt för 3 dagar sedan. Vid operationen var flexuren mörkblå, men med glänsande serosa och utan gangrenösa fläckar, icke ens i torkveringsstället. Till en början var tillståndet godt, men efter några dagar inträdde försämring och dödlig utgång. Vid sektionen befans colon descendens vid flexurens början ligga i en skarp knick; den hopfallna flexuren var gråsvart till färgen, begynnande brandig, colon descendens utspänd af en tjock, hård fekalklump, som tryckte mot inflexionen. I epikrisen framhåller förf., att resultatet möjligen blifvit bättre, om flexuren resecerats och en anus arteficialis anlagts; någon anledning till ett sådant ingrepp fans dock icke vid operationstillfället, då inga tecken till begynnande brand funnos.

Köster.

K. SCHILLER: **Inkarceration af tunntarmen i fossa duodeno-jejunalis.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, protok. s. 15.

Ett sällsynt fall. En 29-årig man sjuknade plötsligen med olidliga plågor i buken jämte kräkningar. 7 timmar efter insjuknandet inkom han å sjukhuset i högsta grad kollaberad, ömmande öfver hela den spända, men ej uppdrifna buken. Operation genast utan narkos, hvarvid en blåröd tarmslynga anträffades, som blifvit fastklämd i den ovanligt starkt utvecklade fossa duodeno-jejunalis; den kunde lossas först efter uppklippning af fossan. Pat. afled 6 timmar efter operationen. *Köster.*

A. LINDH: **Inklämdt brandigt kruralbråck. Tarmresektion. Murphys knapp.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, protok. s. 8.

Kort redogörelse för ett fall, i hvilket knappen endast med svårighet kunde anläggas, emedan det ena tarmstyckets kanter voro tjocka och svullna. Förf. anser ej osannolikt, att vanliga tarmsuturer förhindrat uppkomsten af en tarmfistel. Knappen afstöttes ej förr än på 32:dra dagen. *Köster.*

F. KAIJSER: **Kasuistik öfver å kongl. Serafimerlasarettet vårdade fall af malign njurtumör jämte några ord om dessa tumörers diagnostik.** Hygiea 1896, II, s. 1.

I sammanhang med 11 fall af malign njursvulst afhandlas den symptomatologi, genom hvilken det blir möjligt ställa en riktig diagnos. Tre kardinalsymptom iakttagas: smärtor i lumbalregionen, förändring af urinen, palpabel ansvällning i njurtrakten. Men dessutom uppträder en del subjektiva och objektiva symptom af mera underordnad och obestämd art, hvilka likväl äro af betydelse för en riktig uppfattning af åkommans natur.

Förf. framhåller vikten af, att urinämnemängden bestämmes upprepade gånger, då detta är nästan enda medlet för att få en uppfattning om funktionsduglig njurväfnad förefins i tillräcklig mängd, för att

efter svulstens eventuela aflägsnande hindra uppkomsten af en uremi. Af de 7 opererade afledo 2 tämligen kort tid efter operationen.

De meddelade sjukhistorierna åtföljas icke af några patologisk-anatomiska upplysningar.

J. Åkerman.

O. BLOCH: **Et Tilfälde af Amputation af Nyren med Bemärkninger om Konservatisme ved forskellige Operationer på Nyren i kurativt Öjemed.** Hosp.-Tidende, R. 4. Bd 4, S. 797, 829.

Sygehistorien er tidligere gengiven efter et Foredrag i Medicinsk Selskab. I foreliggende Afhandling refereres den udförligt. Operationen foretoges d. $^{11}/_{9}$ 95. Endnu d. $^{22}/_{6}$ 96 befandt Pat. sig vel. Den nederste Halvdel af Nyren amputeredes for en hervärende Svulst, der af nogle ansås for at väre et Adenosarkom, medens andre diagnosticerede et cystadenoma papilliferum, på sine Steder gående over til Karcinom. Der refereres yderligere 10 Sygehistorier (fra Literaturen), hvor der er reseceret större eller mindre Afsnit af Nyren, 3 Gange for Kyster, 3 Gange for pyonephrosis calculosa, 1 Gang ved en puerperal Pyonefrose, 1 Gang ved Fistel i Nyresubstansen, 1 Gang ved interstitiel nephritis (antagen for malign tumor), endelig 1 Gang ved et Angiosarkom.

Forf. skildrer derefter Indikationerne for Resektion eller Amputation af Nyren. Operationen har sin Berettigelse ved benigne Svulster; af og til kan det dog väre vanskeligt at erkende, om Svulsten er benign; påviser Mikroskopet tydelige maligne Elementer, må man väre belavet på at göre sekundär Nefrektomi; Forf. undlod det i sit Tilfälde, navnlig da Pat. vedblev at befinde sig vel. Uenigheden angående den mikroskopiske Diagnose bidrog også til, at han var reserveret. Også betändelsesagtige Processer kunne af og til indicere Resektion, ligeså Nyrefistler og kontunderede Nyrer. Endelig omtales Tekniken nöjere.

I *Hosp.-Tidende R. 4 Bd 4, S. 892* hävder TH. ROVSING (»Er Nyreresektion et berettiget Indgreb ved maligne Nyresvulster?»), at lige over for maligne tumores er Nefrektomien udelukkende på sin Plads. Et af O. BLOCH refereret Tilfälde, hvor CZERNY havde gjort Resektion for et Angiosarkom, viste sig senere at have fået Recidiv, hvorfor der gjordes Nefrektomi; Pat. döde noget efter af Metastaser. ROVSING mener, at sådanne Tilfälde, der muligvis egne sig til Resektion, det vil sige de, der er nogenlunde begränsede, vel er dem, der vil give det bedste Resultat efter en Nefrektomi; först at göre Resektion, så Nefrektomi er at forhale Sagen; en sekundär Nyreexstirpation er altid farlig på Grund af nydannede Adhärencer. Man kan ikke väre sikker på, at der ikke vil komme Recidiv i BLOCHs Tilfälde, fordi der alt er gået 9 Måneder efter Operationen; i CZERNYs Tilfälde kom det först efter 1½ Års Forlöb. ROVSING råder derfor til primär Nefrektomi, når den anden Nyre kan erkendes for at väre sund; svigte de sädvanlige Midler til at komme til Diagnosen, kan den antagne sunde Nyre först lägges fri til Inspektion.

I sin Replik (»Er Nyreresektion et berettiget Indgreb ved maligne Nyresvulster?» sammesteds S. 923) hävder O. BLOCH, at han i sin Afhandling kun har talt om tvivlsomme Tilfälde; er man sikker på, at det drejer sig om en malign tumor, skal man strax göre Nefrektomi. Han gjorde Resektion hos sin Patient, da han var usikker i Diagnosen; han undlod en sekundär Nefrektomi af tidligere angivne Grunde.

TH. ROVSING (»Om Nyreresektion ved tvivlsomt maligne Svulster» sammesteds S. 924) mener, at Spörgsmålet ved BLOCHs Replik må lyde på, om Resektionen da er berettiget ved tvivlsomt maligne tumores. Også ved sådanne Svulster mener ROVSING, at Nefrektomien bör udföres; er man ikke aldeles sikker på tumors Benignitet, må Nyren ofres. Muligheden for en radikal Helbredelse afhänger af, om det lykkes at få Nyren fuldständig glat og uskadt bort.

Kr. Poulsen.

H. GRÆVE: **Om några fall af subfrenisk abscess.** Hygiea 1896, II, s. 29.

Pörst omtalas den historiska utvecklingen af vår kunskap om den subfreniska abscessen och omnämnas de fall af åkomman, hvilka förut offentliggjorts här i landet. Därpå följa sjukhistorierna, 6 till antalet. Med anslutning till MAYDLs monografi och under hänvisande till sina egna fall redogör förf. för de viktigare spörsmål, som angå i fråga varande sjukdomsbilds uppkomst, utveckling, förlopp och afslutning. Efter ett eller flere kirurgiska ingrepp af växlande art gingo samtliga fall till hälsa utom ett (n:r 3).

J. Åkerman.

G. EKEHORN: **Bidrag till statistiken öfver kastration vid prostatahypertrofi.** Hygiea 1896, II, s. 125.

Fyra operationsfall meddelas. I första fallet förbättrades de svåra och långvariga symptomen omedelbart efter kastrationen. Ännu efter 2 månader kunde man konstatera, att det vunna resultatet blifvit bestående eller snarare utvecklat sig till ett ännu bättre. Andra fallet lemnade en mindre hastig och utpräglad förbättring efter operationen, men de svåraste symptomen gingo så småningom tillbaka under de följande veckorna för att vid utskrifningen hålla sig inom ganska måttliga och drägliga skrankor. Om de bägge återstående fallen kan endast sägas, att en del af obehagen förminskats efter ingreppet. Någon olägenhet af kastrationen har icke visat sig i någondera fallet. Om den sist opererade anges, att prostatas storlek något förminskats. Ingreppet har i samtliga fall bestått i en dubbelsidig ablatio testis. Läkningen god och ostörd.

J. Åkerman.

TH. ROVSING: **To Tilfälde af Testikelsarkom på travmatisk basis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 681.

I bägge Tilfälde drejede det sig om 30-årige Mänd, der fik en Kontusion af höjre testis ved bagfra at springe op på Cyklen; testis stödte da mod Sadlens Rand. Hurtigt udviklede der sig en betydelig

Svulst, 16—18 Cm. lang; ved Kastrationen viste Svulsten sig at väre et Rundcellesarkom. Bägge Patienter have holdt sig recidivfri efter 1½ Års Forlöb; der ordineredes i bägge Tilfälde en längere Arsenikkur efter Operationen. — Der refereres yderligere 10 Tilfälde fra Literaturen, hvor Testikelsarkomet også har sluttet sig til et trauma og er opstået umiddelbart efter dette. Forf. er tilböjelig til at anse Travmet for et väsentligt ätiologisk Moment; hvis det ved Sarkomet drejer sig om en Infektion, må man da tänke sig, at i Blodströmmen cirkulerende Kim have sat sig fast og have udviklet sig i det kontunderede Väv.

Kr. Poulsen.

J. BORELIUS: **Om aktinomykos i Blekinge.** Hygiea 1896, II, s. 156.

Uppsatsen återger ett föredrag, som hållits inför sydöstra Sveriges läkare- och apotekareförening. Beträffande aktinomykosen hos djur synes de olika länen vara ganska olika representerade. Sjukdomen är relatift vanlig i Mälartrakterna, men långt ifrån sällsynt i Östergötland och Skåne. I Norrland och på Gotland synes den tils vidare icke vara iakttagen. Inom Blekinge ha de antecknade fallen vuxit från 2 (år 1882) till 22 (år 1893); de flesta fallen ha förekommit längs kusten. Af actinomycosis hominis har förf. behandlat 6 fall å Karlskrona lasarett och d:r LINDSTRÖM 2 fall i Karlshamn. Af förf:s fall voro 4 från Blekinge, af d:r L:s ett. Patienterna kommo från skilda trakter; de voro icke kustbor. Då ingnidning med arseniksalva (1 : 10 vaselin) i en del fall af djuraktinomykos haft godt resultat, hemställer förf. om icke nämnda lokalbehandling äfven förtjänte pröfvas i vissa fall af actinomycosis hominis.

J. Åkerman.

P. LORENTZEN: **Muskellidelse som Årsag til den juvenile Holdningskyfose.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 817.

Forf. har i flere Tilfälde hos yngre Individer fundet en Cervikodorsalkyfose, beroende på ömme Infiltrater i Nakkemuskulaturen, ofte forbunden med en Hängning og Udaddrejning af Skuldrene; af og til fandtes tillige en Torsion af Nakkepartiet, ikke själden var Stillingen alternerende, når snart den ene, snart den anden Side af Muskulaturen var angreben. Stillingen, hvor navnlig den fremskudte og opadvendte Hage og den sänkede Nakke vare karakteristiske, opfattes som fremkommen ved Skåning af det angrebne Muskelparti. Lidelsen findes hos Individer med slap Muskulatur, navnlig hos sådanne, som ere voxede stärkt. Behandlingen har bestået i Massage og Gymnastik, hvorved der i alt Fald i nogle Tilfälde er kommet ganske godt Resultat; den må fortsättes i lang Tid.

Kr. Poulsen.

ANTON VOGT: **Panaritier hos vor Fiskeralmue.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 51—54.

Som Läge under Fiskerierne nordpå har Forf. havt god Anledning til at se en hel Del af furunkulöse og flegmonöse Processer på Over-

extremiteterne hos den fiskende Almue; det er isär Stik af Anglene i Fiskernes Händer, der fremkalder disse ofte meget smertefulde og langvarige Panaritier og Flegmoner. Forf. omtaler en fransk Läges mikroskopiske Undersögelse af lignende Tilfälde hos franske Fiskere under Island, og denne Läge mener, at denne »maladie professionnelle» hos Fiskerne er en Fölge af Tilstedevärelsen af de talrige hos Fisken forekommende Forrådnelsesbakterier, der formerer sig i Fiskernes Omgivelser, samt Bakteriernes Toxiner. Forf. kuperede omtrent altid Panaritiet i sin Udvikling, når Anglestikkene strax ädsedes energisk med ren flydende Karbolsyre.

H. Hopstock.

TH. ROVSING: **Om Formaldehydets Anvendelighed i Kirurgien.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 646.

Kort Redegörelse for Formalinets Anvendelse, navnlig til Katetersterilisation. Forf. har konstrueret et Apparat, i hvilket en Massesterilisation kan foregå; för Kateterne bruges, må Formalinet väre bortdampet, da der ellers kommer en Del Svie i urethra; de opbevares derfor i steriliserede Paphylstre, der lukkes med Vatprop.

Kr. Poulsen.

CAM. NYROPs Etablissement: **Instrumentväsen.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 655.

Afbildning og Beskrivelse af DAHLGRÉN-STILLEs Tang til Resektion af Kraniet samt af forskellige Ringknive til adenoide Vegetationer i Näse-Svälgrummet. *Kr. Poulsen.*

Psykiatri: H. A. DEDICHEN: Hvad er Psykofysik? — C. G. ELLEFSEN: Et Tilfälde af Hjärnekontusion med sekundär, akut amentia og Död. — GEILL: Om nogle nyere Hypnotikas Anvendelighed i Sindssygebehandlingen.

H. A. DEDICHEN: **Hvad er Psykofysik?** Psykiatriske Meddelelser. Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 11—50.

Forf. leverer en kort oversigtlig Fremstilling af Grundträkkene i den moderne experimentelle Psykologi, väsentlig efter WUNDTs og KROEPELINs Arbejder.

C. G. ELLEFSEN: **Et Tilfälde af Hjärnekontusion med sekundär, akut amentia og Död.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 397—400.

Hos en 54 År gammel Mand optrådte 3 Måneder efter et Stöd på Hovedet en stärk Hovedpine, som kom i Anfald og lindredes ved Rygleje. Den blev stadig värre, fulgtes af Afmagring, dårlig Sövn, deprimeret Stemning, Hörselshallucinationer, kontraherede Pupiller og

langsom Puls; ingen Feber. Senere Agitation med vage Storhedsidéer; tilsidst coma og Död. — Ved Sektionen fandtes et Blodextravasat, som havde aflöst den fortykkede dura fra Kraniet og trykket Hjärnen flad i det tilsvarende Parti.

GEILL: **Om nogle nyere Hypnotikas Anvendelighed i Sindssygebehandlingen.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 701, 721.

Forf. meddeler Forsög med Hypnal, Kloralose, Trional og Tetronal på Århus Sindssyge-Asyl. *Hypnal* (Monokloralantipyrin) er prövet hos 22 Patienter (7 Mänd og 15 Kvinder). Dosis var 1—3 Grammer i vandig Oplösning. I omtrent Halvdelen af Tilfäldene iagttoges god Virkning; men det svigtede ved alle svärere Opstemningstilstande. Det virker svagere end Kloralhydrat og kan fremkalde Kloralexantem og er dyrt, hvorfor Forf. mener, at det näppe vil have nogen Fremtid i Sindssygebehandlingen. *Kloralose* (Anhydroglykokloral) er prövet hos 25 Patienter (7 Mänd og 18 Kvinder). Dosis var 10—60 Centigrammer som Pulver. God Virkning iagttoges i 75 % af Tilfäldene; Tilvänning iagttoges ikke, snarere en akkumulativ Virkning. Efter en Dosis på 10 Centigrammer i 2 Dage iagttoges hos en Patient Kloralexantem. 40 Centigrammer Kloralose svare omtrent i Virkning til 2 Grammer Kloralhydrat. Prisen er moderat, og det er uden Smag. Motilitetsforstyrrelser iagttoges ikke.

Tetronal og *Trional.* Tetronal, der omtrent er 4 Gange så dyrt som Trional, anvendtes kun hos 12 Patienter (4 Mänd og 8 Kvinder) i Doser på 1—2 Grammer. God Virkning hos 67 %; men i alt anvendtes kun 50 Grammer, hvorfor Forf. ikke närmere udtaler sig om mulige Bivirkninger. Trional er anvendt hos 77 Patienter (24 Mänd og 53 Kvinder); i alt gaves 4039 Grammer i Doser på 1—2 Grammer oplöste i rigelig Vädske (Mälk eller Vand). God Virkning hos 91 %. Hos flere Patienter gaves större Mängder (103 og 124 Grammer i Träk og indtil 256 Grammer i alt). Foruden den hypnotiske Virkning iagttoges også beroligende Virkning den fölgende Dag. I et Tilfälde (Kvinde) opstod efter 37 Grammer en dödelig Forgiftning med de samme Symptomer som ved Sulfonal; endnu 2 Dage efter Midlets Seponering var Urinen naturlig farvet. Tilfäldet refereres udförligt (med Sektion).

Chr. Gram.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: A. HASLUND: Malign Syfilis. — C. RASCH: Om den såkaldte difteroide Form af den simple Chanker på collum uteri.

A. HASLUND: **Malign Syfilis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 745, 769, 811.

Forf. mener, at der under Benävnelsen *malign Syfilis* er sammenblandet höjst forskellige Former af Syfilis, men at dette Navn kun bör anvendes på de Tilfälde, i hvilke der kort efter Infektionen viser sig ulcerative Processer på Huden uden Tendens til Heling, tvärtimod tilböjelige til Udbredning og oftest med samtidig (febrilsk) Liden af Almenbefindendet. Denne Form har intet at göre hverken med tertiär eller med galopperende Syfilis; den burde kaldes syphilis maligna præcox eller s. ulcerativa præcox. Det er BAZIN, som först og med dette Navn har beskrevet denne Form. Forf. leverer så en Beskrivelse af Lidelsens Udvikling fra Papler, omtaler Febertilfäldene og Inkubationen; Slimhinderne angribes själdnere: kun i 11 af Forf:s fra 14 År indsamlede 39 Tilfälde; iritis sås kun i to Tilfälde; i intet af dem kunde Forf. påvise viscerale Affektioner. Recidiv af Lidelsen, atter i malign Form, er set hos 3 Mandfolk og hos 3 Fruentimmer. Behandlingsvarigheden var hos Fruentimmerne 42—220, hos Mandfolkene 29—134 Dage. — Hvad Ätiologien af den maligne Syfilis angår, da vides derom i Virkeligheden intet; Årsagen må vist nok söges i en säregen Disposition hos Individet, måske afhängende deraf, at Syfilis aldrig er forekommen i det pågäldende Individs Slägt; imidlertid spille Alkoholisme og miseries også en väsentlig Rolle herved. — Med Hensyn til Hyppigheden af Forekomsten af den maligne Syfilis angiver Forf. i de forlöbne 14 År imellem 8691 Tilfälde af Syfilis kun at have set den hos 39 (23 + 16) Individer eller i 0,47 % af Tilfäldene og i Procenttal lige hyppigt hos bägge Kön; men han mener, at det virkelige Procenttal er ikke lidt mindre, da disse maligne Former särligt hyppigt ville forekomme indlagte i Hospitaler. — Prognosen anser Forf. i det hele for meget bedre end sädvanligt angiven. Hvad Behandlingen angår, lägger Forf. en Hovedvägt på gode hygiejniske og diätetiske Forhold ved Siden af antiluetisk Behandling af forskellig Art samt en varieret lokal Behandling. Derefter fölger en Räkke Lister over de (39) forekomne Tilfälde.

R. Bergh.

C. RASCH: **Om den såkaldte difteroide Form af den simple Chanker på collum uteri.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 661.

Forf. omtaler, at denne Form af det veneriske Sår på dette Sted allerede findes omtalt hos BERNUTZ (1853), A. GUÉRIN (1864), A. FOURNIER (1872) og CH. SCHHWARZ (1873), ligesom MOLÈNES senere (1881) har beskrevet et Par Tilfälde og DI BELLA og INGRIA yderligere omtalt samme (1890). Forf. beskriver derefter korteligt to på

Kommunehospitalet i Köbenhavn forekomne Tilfälde hos henholdsvis et 36-årigt og 30-årigt Individ. Sårets veneriske Karakter bestemmes ved Tilstedeværelsen af lignende Sår hos det inficerende Individ, Avtoinokulationen på det pågäldende Individ og Helbredelsen ved Jodoform.

R. Bergh.

Obstetrik och gynekologi: C. M. Ullman: Intraabdominel blödning efter bristning af uteri peritonealbeklädnad under förlossning; död. — P. Neuman: Ett fall af inversio uteri incompleta med letal utgång. — K. A. Walter: Några fall af mindre vanlig bäckenförträngning. Kr. Brandt og E. Rode: Vaginal Hysterektomi med speciel Hensyn på Forcipressur-Metoden (Péans Operation). Et Bidrag til Lären derom.

C. M. ULLMAN: **Intraabdominel blödning efter bristning af uteri peritonealbeklädnad under förlossning; död.** Göteb. läkaresällsk. förhandl. 1895, s. 12.

En 39 års kvinna, III-para — första barnet eclampsia, forceps, andra fysiologisk partus — kollaberade plötsligt under en dittils normalt försiggående förlossning under symptom af en uterusruptur. Forceps, manuelt utskaffande af efterbörden, hvarvid dock ej någon lesion af uterus kunde upptäckas. Pat. afled ½ timme efter kollapsens inträde. Sektionen visade bukhålan fyld af blod och koagler. På bakre ytan af uterus en mängd bindväfsmembraner, spända mellan lig. latum och tuba. På detta ställe, motsvarande öfversta delen af cervix och nående långt ned på den utspända vagina, finnes en omkring 17 cm. lång ruptur i peritonealbeklädnaden med blodinfiltrerade kanter och botten; vaginalväggen ej perforerad, inga större rumperade kärl upptäckbara. På insidan af vagina och uterus inga tecken till bristning.

I epikrisen redogör förf. för de få kända liknande fallen; åkommans etiologi är mycket dunkel; att en bäckenperitonit, kvinnan förr haft, egt någon betydelse, anser förf. ej för osannolikt.

Köster.

P. NEUMAN: **Ett fall af inversio uteri incompleta med letal utgång.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, s. 42.

Ett fall, som erbjuder intresse, emedan, medan ännu fostret fans kvar i uterus, den blifvande inversionen markerade sig genom en impression i uterus. Inversionen har sannolikt uppkommit genom nafvelsträngens korthet, den mätte ej mer än 35 cm., och däraf vid utdrifningen uppkommen traktion å en fastsittande placenta, då dragning af förlossningsbiträdena med säkerhet kan uteslutas. I sammanhang härmed meddelar förf. en kort öfversikt af nämnda lidande.

Köster.

K. A. WALTER: **Några fall af mindre vanlig bäckenförträngning.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, s. 21.

Redogörelse för flere egendomliga förlossningsfall. I första fans ett snedt förträngdt, koxalgiskt bäcken med den sjuka sidan tillplattad; fostret låg i framstupad ansiktsbjudning, som manuelt rättades till kronbjudning, hvarefter tång anlades. I andra fallet fans ett bäcken med fraktur af ramus horizontalis ossis pubis sin., och i fallet framkallades en partus præmaturus. Det tredje utgjordes af ett trattformigt bäcken, och fostret förlöstes medels tång. Det fjärde af ett allmänt förträngdt, platt, icke rakitiskt bäcken; äfven i detta fall användes tång.

Köster.

KR. BRANDT og E. RODE: **Vaginal Hysterektomi med speciel Hensyn på Forcipressur-Metoden (Péans Operation). Et Bidrag til Læren derom.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 225—274.

I Forbindelse med en kort Beskrivelse af og epikritiske Bemärkninger til 17 egne opererede Tilfälde beskriver Forf. den i den senere Tid blandt Operatörerne så populäre Metode for den vaginale Hysterektomi, benävnt efter PÉAN, til hvis Navn den alene bör knyttes da andre Operatörer, f. Ex. DOYEN, blot har modificeret den. Forf. hävder Operationen som en absolut Berigelse af det terapevtiske Materiel og fremhäver deres Fordele for den abdominale Laparotomi i dertil skikkede Tilfälde. Rekonvalescensen er mere reaktionslös, Bugsnittet og dermed Faren for Hernie undgåes, ligeledes det vanzierende Ar. Som Indikationer nävnes uterine Svulster, som ikke når ovenfra Navlen samt dobbeltsidige, kroniske Adnexlidelser, purulente og ikke purulente, som det ikke på anden Måde lykkes at kurere. — Patienten präpareres som til almindelig Laparotomi med Laxeren o. s. v. 4 Gange måtte Forf. ved trange Forholde göre et Snit i vagina skråt udad og bagtil mod tuber ischii, 3 Gange hos virgines og 1 Gang hos en multipara med Myom. Dette skaffer Plads og Såret gensyes tilslut. Når portio er fattet med Museux og trukket opad og fortil, göres et 3 til 4 Cm. langt Tvärsnit lige bag collum gennem vagina. Stumpt arbejdes der frem til peritonæum, der incideres. Her må man holde sig tät ind til uterus for ikke at bore sig ind mellem peritonæum og rectum, hvorved Tidsspilde og Blödning. Peritonæum og vagina forenes af Forf. med Sutur, der standser Blödning. Med vel desinficeret Finger orienterer man sig i Douglas, hvor en Svamp armeret med Snor föres ind. Speculum fjärnes og Hagetangen sänkes; forreste Skedeväg spändes herved og ved et indfört mindre speculum. Derpå Snit nedenfor Omslagsfolden. En Kateter i Blären letter her Orienteringen. Snittet forenes med det bagre Snit. Uterus löses opover stumpt fra Blären og peritonæum föles snart; cul de sac'en udvides til Siderne så *Uretererne skydes ud af Operationsfeltet*, hvilket er Operationens punctum saliens (MACKENRODT). Faren for at fatte Uretererne er minimal, Pladsen bliver större, lig. lata kan receseres i större Udsträkning, hvilket ved cancer er af stor Betydning. Nu lägges Tänger langs Sidepartierne af uterus på lig. lata, bagerste branche i bagerste Åbning, forreste på Forsiden af lig. latum idet en Langefinger bagtil og Pegefinger fortil kontrollerer,

at Tarme ikke fattes, imod hvilket den bagtil indlagte Svamp skal beskytte. Er begge art. uterinæ fattede vil Småblödning stå og der klippes lös langs uteri Sidekant på Midten af Tängerne. Om nödvendigt kan man begynde at klippe det nederste Stykke af — morcellement. Er fossa vesico-uterina endnu for höjt til at kunne åbnes lägges et nyt Par Tänger på Indsiden ovenfor det förste og atter morcellement til man når op. Uteri forreste og bagerste Väg kan spaltes (P. MÜLLER, DOYEN). Er uterus vrängt frem gennem Åbningen i fossa vesico-uterina ser man lig. rotund, tube og lig. ovarii; disse fattes med Tang ovenfra eller helst nedenfra. Ikke drage for stärkt, da herved let Bristning med Blödning fra a. spermatica. Ovarie og Tubens ampulle fattes enten samtidig eller särskilt hvis nödvendigt. Tängerne tages hver til sin Side, Svampen tages ud, Pincetter eller Omstikning ved Blödning. Mellem Tängerne lös Tamponade af steril Gaze, ikke for dybt ind mellem Tarmene. Ved Bräkning häves Bäkkenet (Operationsbordet). Bind om hver Sides Tänger. I Sängen Knäpude og Pude under Tängerne, så de ikke bänder. Kateterisation eller permanent Kateter. Ved Smerte efterpå helst ikke Morfin, der ofte kvalmer og lammer Tarmene samt hindrer flatus, der er et godt prognostisk Tegn. Er Kvalmen forbi, gives Havre- eller Bygsuppe slurkvis hver hele eller halve Time, efter 2det Dögn ad libitum samt Kaffe, Selters o. s. v. Melk först efter 1ste Afföring. Ved Törst og Kvalme varmt Vand til at skylle Munden med. Tängerne fjärnes efter 48 Timer. Stiger Temp. meget, bör Tamponen fjärnes; den lades ellers i Ro selv ved rigeligt ildelugtende Sekret. 4de Dag Olje eller clysma, senere Åbning hver 2den Dag. Udskylling af vagina för 1ste Uge er forbi, men forsigtig. Puls og Temp. för dette sädvanlig lidt höjere, men uden Betydning. En ren fugtig Tunge er et godt prognostiskt Tegn. Kan stå op efter 14 Dage. — En Kombination af Tänger og Underbinding frarådes på Grund af Suppurationen ved Afstödning af nekrotiske Dele.

Af Forf:s 17 Tilfälde opereredes 5 Tilf. af fibroma uteri; metritis og endometritis 1 Tilf.; cancer uteri 2 Tilf.; carcinoma et myoma uteri 1 Tilf.; cancer uteri c. graviditate 1 Tilf.; hydrosalpinx duplex 1 Tilf.; oofloritis chronica duplex 2 Tilf.; cystoma multiloculare ovar. sin. suppurat. 1 Tilf.; sactosalpinx purul. & pyovar. dupl. 2 Tilf. — På et Tilf. opgives ikke Diagnosen.

Ved cancer uteri indledes Operation ved Termokavterisation med Paquelin.

Af de opererede döde 2; en den 3dje Dag af ileus, den anden 10de Dag af kronisk ileus og kronisk Anämi på Grund af forudgående stärke Blödninger (fibroma uteri).

Justus Barth.

Pediatrik: P. SÖRENSEN: Om tænia cucumerina hos Börn. — FRIIS: Tænia cucumerina hos Börn.

P. SÖRENSEN: **Om tænia cucumerina hos Börn.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 705.

FRIIS: **Tænia cucumerina hos Börn.** Sammesteds S. 777.

Forff. omtale Tilfälde af tænia cucumerina hos Börn og göre opmärksom på, at denne af Lägfolk ofte forvexles med oxyuris vermicularis. *F. Levison.*

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: W. LAURÉN: Om särskiljande af äkta och falsk stjärnanis. — CHR. GRAM: Kreosotkarbonat (Guajakolkarbonat) og dets Anvendelse ved Lungetuberkulos (med Diskussion). — J. C. HOLM: Vestfossens alkaliskmuriatiske Svovlkilde.

W. LAURÉN: **Om särskiljande af äkta och falsk stjärnanis.** Nordisk farmacevtisk tidskrift, 1896, s. 273.

Sedan den giftiga, japanska stjärnanisen »sikimi» (från *Illicium religiosum* SIEB.) 1880 kom i handeln och orsakade förgiftningar, har man sökt fastställa säkra skiljekarakterer mellan denna och den äkta drogen. Särskiljandet är svårt, och de uppgifna karaktererna hålla ej alltid streck. Endast den histologiska undersökningen, särskildt af fröhvitans aleuronkorn med däri förekommande globoider m. m., samt kemiska reaktioner erbjuda säkra skiljetecken.

I fråga om korkcellernas utseende vid fruktens fästeyta samt öfvergången mellan dessa korkceller och karpellernas pallisadceller, hvilken öfvergång hos den giftiga drogen är skarpare än hos den äkta, har författaren konstaterat andras föregående iakttagelser. Den äkta stjärnanisens pallisadceller äro i genomsnitt högre än de hos den giftiga (0,5 : 0,37 mm.). De från aleuronkornens olika utseende hemtade, vida lättare påvisade skiljetecknen kunna blott sällan användas, emedan hos den giftiga drogen frön ofta antingen saknas eller äro outvecklade, skrumpnade el. d. I afseende på olikheterna mellan dessa korns form, storlek, innehåll m. m. hos de båda drogformerna har förf. i hufvudsak kommit till samma resultat som PFISTER.

Slutligen anger förf. ett kemiskt prof, som lätt och säkert leder till målet. Det grundar sig därpå, att äkta stjärnanis innehåller *anetol*, giftig däremot ej. Om några karpeller sönderstötas, fröen aflägsnas, karpellstyckena kokas med sprit i ett profrör, tils vätskan svagt gul-

färgas, spriten afgjuts från drogresterna och utspädes med vatten, grumlas vätskan mjölkigt af utfallande anetol, i fall drogen var äkta, förblir däremot klar, om den var giftig. Vid afdunstning af spriten i lindrig värme på ett urglas framträda kristaller (af *sikininsyra*), om drogen var af den giftiga sorten.

C. G. Santesson.

CHR. GRAM: **Kreosotkarbonat (Guajakolkarbonat) og dets Anvendelse ved Lungetuberkulos (med Diskussion).** Det köbenhavnske medicinske Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 66. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 341.

Chr. Gram.

J. C. HOLM: **Vestfossens alkalisk-muriatiske Svovlkilde.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 298—302.

På Sörby i Prästegjäldet Eker i det sydlige Norge findes en Svovlkilde, som ved närmere Undersögelse har vist sig at väre värdifuld i medicinsk Henseende. Den righoldige Kilde har en Temperatur af 6,5° C. og indeholder per Liter omtrent 3,5 Gm faste Bestanddele, väsentlig chlornatrium og surt kulsurt Natron samt 24,2 Kcm. Svovlvandstof. Den hörer således til de själdne alkalisk-muriatiske Svovlvande. Vandet, der er klart og holdbart (kan erholdes fra Mineralvandfabriken »Union» i Kristiania), anbefales af H. til Brug ved kroniske Katarrer i de övre Luftveje, revmatiske og gigtiske Affektioner, Hudsygdomme, Syfilis samt Leversygdomme og Hämorrhoider. Dagsdosen sättes af H. til $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ Liter, fordelt på 2—3 Gange. Vandet bör helst nydes om Morgenen på fastende Hjärte og opvarmet til 39—35° C.

E. Poulsson.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: G. RASCH: Om Kappadokeren ARETOIOS's Levetid og Forfatterskab. — JUL. J. WIBERG: WILLIAM HARVEY og Opdagelsen af Blodets Cirkulation. — Kgl. Resolution af 25 Marts 1896 om Examenspröve i anatomisk Dissektion. — K. KABELL: Er en over hele Landes ensartet Taxt for almindeligt Lägearbejde uopnåelig? — H. HANSEN: Findes der nogen Egn i Danmark, der kan byde särlige meteorologiske Betingelser for Anläg af et Sanatorium for Lungesyge? — P. D. KOCH: Et Redningshjem for Alkoholister ved Köbenhavn. — CARLSEN: Om vore sydlige Öer og Sydkusten af Fyen, nogle medicinsk-topografiske Oplysninger. — H. P. ÖRUM: Staden Köbenhavns medicinale Budget for 1896. — BERGWALL: Sjuksköterskor för landsbygden. — K. LINROTH: Stockholms hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1895. — H. BENCKERT: Göteborgs hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1895. — Förste provinsialläkarnes årsberättelser för 1895: AUG. BERLIN för Stockholms län; E. BJÖRKMAN för Vestmanlands län; H. SÖRMAN för Malmöhus län; P. SÖDERBERG för Hallands län; A. E. GOLDKUHL för Kronobergs län; F. NYLANDER för Gefleborgs län; AUG. SJÖBLOM för Vesternorrlands län. — NILS ENGLUND: Hälso- och sjukvårdens ställning inom Fjällsjö provinsialläkaredistrikt. — J. ALMKVIST och K. SONDÉN: Om handelspris och näringsvärde hos några allmännare födoämnen. — H. P. ÖRUM: Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne. — JENS SCHOU: D:o d:o. — AXEL HERTEL: D:o d:o. — G. SUNDBÄRG: Dödligheten inom åldern 5—10 år i Sverige. — J. KJELLBERG: Nativitet, mortalitet och dödsorsaker i Karlskrona samt i Sveriges samtliga städer 1875—1892. — P. SILFVERSKJÖLD: Motarbetandet af smittosamma sjukdomars spridande genom skolorna. — AUG. HÆFFNER: Om smittkopporna inom Göteborgs provinsialläkaredistrikt år 1893.

G. RASCH: **Om Kappadokeren Aretoios's Levetid og Forfatterskab.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 275—284.

Den bekendte medicinsk-historiske Forfatter omhandler i denne Afhandling en af den antike Oldtids berömteste Lägers, ARETÆUS fra Kappadokien, Liv og Virksomhed, idet han särlig söger at afgöre det omtvistede Spörgsmål om ARETÆUS's Levetid og hans Originalitet som Forfatter. Medens en tysk Lärd, WELLMANN, nylig har hävdet, at A. först levede en Tid ud i det 1ste Årh. e. Kr. og beskylder ham for i alt väsentligt ligefrem kun at have skrevet ud at en anden höjt anset Läges Skrifter, nemlig fra den phlektiske Pnevmatiker ARCHIGENES fra Apamea (Syrien), kommer RASCH ved sin kritisk-literäre Undersögelse til at bekräfte den äldre Opfatning. I Fölge denne, således som den er fremstillet hos HÄSER o. a., levede ARETÆUS för ARCHIGENES, rimeligvis på Kejser Nero's Tid, og dermed er da også hans Selvständighed ligeoverfor denne godtgjort.

L. F.

JUL. J. WIBERG: **William Harvey og Opdagelsen af Blodets Cirkulation.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 345.

Forf. giver en Skildring af HARVEYs Liv og Virksomhed og af den tidligere herskende Opfattelse. Ret udförlig refereres HARVEYs

grundläggende Skrift. I Slutningen omtales den Modstand, hans Läre havde at bekämpe. *Jul. Petersen.*

Kgl. Resolution af 25 Marts 1896 om Examensprøve i anatomisk Dissektion. Medd. fra alm. d. Lägeforenings Bureau 1896, Nr 27.

Ax. Ulrik.

K. KABELL: **Er en over hele Landet ensartet Taxt for almindeligt Lägearbejde uopnåelig?** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 721, 745.

Motiveret Forslag til en ensartet Taxt for almindelig Lägegerning. *Ax. Ulrik.*

H. HANSEN: **Findes der nogen Egn i Danmark, der kan byde särlige meteorologiske Betingelser for Anläg af et Sanatorium for Lungesyge?** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 732.

Forf. er tilböjelig til at besvare Spörgsmålet benägtende, hvorimod gunstige Jordbundsforhold, som findes i mange Egne, anses for vigtigere end klimatiske Fordele. *Ax. Ulrik.*

P. D. KOCH: **Et Redningshjem for Alkoholister ved København.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd. 3, S. 769.

Under Navnet »Enkrateia» er i Emdrup ved Köbenhavn oprettet et Asyl for mandlige Alkoholister. Betingelse for Optagelse er en skriftlig Begäring fra Patientens närmeste Pårörende og en Lägeerkläring med udförlig Sygehistorie. Betalingen for Opholdet er 800 Kr. for Enevärelse og 600 Kr. for Fällesvärelse årlig. Den Indträdende må forpligte sig til et Ophold på mindst 6 Måneder.

Ax. Ulrik.

CARLSEN: **Om vore sydlige Öer og Sydkysten af Fyen, nogle medicinsk-topografiske Oplysninger.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 625.

I Anledning af det påtänkte Anläg af et Sanatorium for Lungesyge henvises til de meteorologiske Erfaringer, som vise, at de sydlige danske Öer udmärke sig ved et forholdsvis mildt Klima. Overensstemmende hermed fremgår af Sygelighedsstatistiken, at Difterien her viser mindre Tilböjelighed til at söge larynx og opträde som Krup end i det övrige Danmark, og af Dödelighedsstatistiken, at Lungesvindsoten medförer färre Dödsfald i Byerne end i de fleste andre Byer i Landet. *Ax. Ulrik.*

H. P. ÖRUM: **Staden Köbenhavns medicinale Budget for 1896.** Ugeskrift f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 649.

Redegörelse for Köbenhavns Udgifter til Sundhedsväsenet, som for 1896 belöbe sig til 1 858 051 Kroner.

Ax. Ulrik.

BERGWALL: **Sjuksköterskor för landsbygden.** Eira 1896, s. 51.

Förf. föreslår, att landstinget anställer en skolad sjuksköterska inom hvarje provinsial- och extra provinsialläkaredistrikt.

E. Almquist.

K. LINROTH: **Stockholms hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1895.** 85 s. + 69 + 60 4:t.

H. BENCKERT: **Göteborgs hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1895.** 60 s. 4:t + 30 tab.

E. Almquist.

Förste provinsialläkarnes årsberättelser för 1895:

AUG. BERLIN för Stockholms län, 57 s. 4:t.
E. BJÖRKMAN för Vestmanlands län, 55 s. 4:t.
H. SÖRMAN för Malmöhus län, 68 s. 4:t.
P. SÖDERBERG för Hallands län, 61 s. 4:t.
A. E. GOLDKUHL för Kronobergs län, 50 s. 8:v.
E. NYLANDER för Gefleborgs län, 112 s. + XXXVI 4:t.
AUG. SJÖBLOM för Vesternorrlands län, 63 s. 4:t.

E. Almquist.

NILS ENGLUND: **Hälso- och sjukvårdens ställning inom Fjällsjö provinsialläkaredistrikt.** Eira 1896, s. 401.

E. Almquist.

J. ALMKVIST och K. SONDÉN: **Om handelspris och näringsvärde hos några allmännare födoämnen.** Bihang till Stockholms hälsovårdsnämnds årsberättelse 1895. 60 s. 8:v.

Förf. uppköpte med hjälp af Stockholms hälsopolis prof å mjölk och grädde, smör, ost samt bröd. Profven analyserades och beräkningar gjordes öfver handelspris och näringsvärde.

E. Almquist.

H. P. ÖRUM: **Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne.** Ugeskr. f. Läger. R. 5, Bd 3, S. 653.

JENS SCHOU: **Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne.** Sammesteds, S. 775.

AXEL HERTEL: **Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne.** Sammesteds, S. 793.

ÖRUM foreslår Ansättelse af Skoleläger ved Köbenhavns Kommuneskoler og Udsendelse af inspicerende Läger i Landet for at rette de värste hygiejniske Ulämper ved Skolerne.

SCHOU henleder Opmärksomheden på, at Skolemateriellet i mange Skoler benyttes på uhensigtsmässig Måde, fordi Lärerne mangle Sagkundskab.

HERTEL omtaler närmere de Opgaver, som et Lägetilsyn med Skolerne vil have at löse, og slutter sig til Önsket om, at Lägestanden vil benytte Skolelovforslagets Foreläggelse i Rigsdagen til at göre

de hygiejniske Fordringer gäldende, i hvilken Anledning han retter en Opfordring til den almindelige danske Lägeforening til at tage Sagen i sin Hånd. *Ax. Ulrik.*

G. SUNDBÄRG: **Dödligheten inom åldern 5—10 år i Sverige.** Hygiea 1896, II, s. 153.

Åldersgruppen 5—10 år synes utgöra ett undantag från den annars så skarpt markerade förbättringen i våra sanitära förhållanden. Under det att dödligheten eljes aftagit starkt under detta århundrade, visar den för nämnda grupp ingen nämnvärd förändring. Norrbottens län och Stockholms stad visar högsta siffrorna.

E. Almquist.

J. KJELLBERG: **Nativitet, mortalitet och dödsorsaker i Karlskrona samt i Sveriges samtliga städer 1875—1892.** Eira 1896, s. 103.

E. Almquist.

P. SILVERSKJÖLD: **Motarbetandet af smittosamma sjukdomars spridande genom skolorna.** Eira 1896, s. 209.

Förf. har utarbetat reglor för öfvervakandet af kikhosta, messling, skarlakansfeber och difteri.

E. Almquist.

AUG. HÆFFNER: **Om smittkopporna inom Göteborgs provinsialläkaredistrikt år 1893.** Eira 1896, s. 2.

E. Almquist.

Berättelser från sjukvårdsanstalter: Beretning om Kong Frederik d. VII:s Stiftelse for hjälpelöse og forladte Pigebörn, isär af Almuen, for Året 1895. — Foreningen »Det röde Kors». Tyvende Årberetning. — SCHEPELERN: Kysthospitalet på Refsnäs. 20de Årsberetning for 1895.

Beretning om Kong Frederik d. VII:s Stiftelse for hjälpelöse og forladte Pigebörn, isär af Almuen, for Året 1895. Köbenhavn 1896.

Antallet af de under Stiftelsens Forsorg värende Börn var ved Årets Slutning 366, nemlig 345 på Opdragelsesanstalten på Jägerspris og 21 udenfor denne, men for Stiftelsens Regning og under dens Forsorg. — I Årets Löb udgik 30, döde 1, optoges 37. — I de 5 År fra 1 Maj 1889 til 1 Maj 1894 udgik 140 Piger fra Stiftelsen. Af disse ere 2 senere döde, 3 som åndssvage anbragte på forskellige Anstalter; om de övrige 135 Piger er det ved Efterforskning oplyst, at det er gået 23 särdeles godt, 90 tilfredsstillende, 9 mindre godt, 13 dårligt eller slet. *Ax. Ulrik.*

Foreningen "Det röde Kors". Tyvende Årsberetning. Köbenhavn 1896.

I 1895 har Foreningen oprettet en Klinik på 20 Sänge for kirurgisk og gynäkologisk Behandling i en dertil köbt Villa på Frederiksberg; her skulle Foreningens Sygeplejersker for Fremtiden have deres förste Uddannelse. Ved Årets Udgang havde Foreningen 53 Sygeplejersker til Tjäneste, deraf 47 til Disposition for privat Sygepleje. Der er besörget 339 private Plejer, hvoraf 267 i Köbenhavn, 72 i Provinserne og i Udlandet. Ved Filialforeningen i Århus haves 18 uddannede Sygeplejersker, hvoraf 11 ved privat Sygepleje.

Ax. Ulrik.

SCHEPELERN: **Kysthospitalet på Refsnäs. 20de Årsberetning for 1895.** Fölgeblad til Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, Nr 27.

Beretningen indeholder, foruden en Oversigt over Hospitalets ökonomiske status, den sädvanlige Meddelelse fra Overlägen angående Antallet af behandlede Börn, Sygdommens Natur, Resultatet af Behandlingen samt Oversigt over Patienternes Vägtforhold ved Indläggelsen og Udskrivelsen af Hospitalet. *G. G. Stage.*

Militär hälsovård: BONDESEN: Sundhedsvisitationerne i Hären. — AXEL PAULSEN: Om Sundhedsvisitationernes Formål, Form og Anvendelse. — CHARLOTTE NORRIE: Det röde Kors. — J. BONDESEN: Hvilke Regler have de militäre Läger at fölge ved Kassationsvedtegning om, hvor vidt en under Tjänesten pådragen Läsion eller Sygdom bör betegnes som fremkaldt *ved* den militäre Tjäneste? — Diskussion om samme Ämne.

BONDESEN: **Sundhedsvisitationerne i Hären.** Tidsskrift, Årg. 25, S. 1.

AXEL PAULSEN: **Om Sundhedsvisitationernes Formål, Form og Anvendelse.** Militärlägen, Årg. 4, S. 152.

Ved at gennemgå de statistiske data, der foreligge angående Udbredelsen af de veneriske Sygdomme i de forskellige Landes Häre, påviser BONDESEN, at den danske Här er meget gunstig stillet, idet den tillige med den tyske Här har et mindre Antal af de nävnte Tilfälde end nogen anden Här, og at särlig Syfilis er ikke lidet själdnere endog i Sammenligning med den tyske Här. Da end videre Militäret i Danmark möder med et mindre Antal af veneriske Sygdomme end den mandlige civile Befolkning i de tilsvarende Aldersklasser, drager B. den Slutning, at det ikke, som det ofte påstås, er Militäret, der tilförer den civile Befolkning de nävnte Sygdomme, men väsentlig omvendt; B. finder derfor ikke, at der er nogen särlig Anledning til Foranstaltninger, sigtende til at hindre Spredningen af de veneriske Sygdomme fra Soldaterne ud over den övrige Befolkning. De såkaldte Sundhedsvisitationer, for så vidt de gå ud på at opdage veneriske Sygdomme hos Soldaterne, finder han derfor unyttige, så meget mere som de veneriske Tilfälde kun for en ringe Del opdages ved Sundhedsvisitationerne, men derimod hovedsagelig ved frivillig Mälding; tilmed er

denne Undersögelse af en meget stödende Natur. — B. vil dog ikke have Sundhedsvisitationerne afskaffede, men önsker dem kun i en förandret Form, hvorved de kunne tjäne til Kontrol med Mandskabets Sundheds- og Helbredstilstand i det hele.

A. PAULSEN er enig med BONDESEN i, at Sundhedsvisitationerne få deres väsentligste Betydning ved at väre et Middel til at före Tilsyn med Manskabets Sundhedstilstand i det hele; men B:s Forslag herom indeholder ingenlunde noget nyt; om end i en tidligere Tid Sundhedsvisitationerne väsentlig gik ud på Opdagelsen af veneriske Sygdomme, er det i den senere Tid efterhånden blevet meget almindeligt, at Undersögelsen ved disse Visitationer rettes også mod andre Sygdomme. Dernäst bestrider P., at Undersögelsen med Hensyn til veneriske Sygdomme skulde väre uden Betydning; ikke alene opdages der ved den altid adskillige Tilfälde; men end mere tilskyndes herved de af venerisk Sygdom lidende Soldater til Selvanmäldelse for ikke at blive grebne ved Visitationerne. Särlig ere disse af störste Vigtighed med Hensyn til Opdagelse af smitsomme Sygdomme. — P. fremhäver desuden, at de i de senere Årtier givne Bestemmelser om Sundhedsvisitationerne ikke indeholde nogen Indskränkning for deres Anvendelse og således fuldt ud tilstede deres Benyttelse til Undersögelse med Hensyn til hvilke som helst Sygdomme, hvad også almindelig sker. — For at undgå det anstödelige i Sundhedsvisitationernes nuvärende Form og for at give Undersögelsen en större Fuldständighed foreslår P. dem foretagne med Mandskabet i fuldt afklädt Tilstand. Navnlig fremhäver P. stärkt Betydningen af en sådan Undersögelse for Opdagelsen af ambulante Tilfälde af smitsomme Sygdomme (f. Ex. Skarlagensfeber), hvorpå han anförer flere Exempler. *Joh. Möller.*

CHARLOTTE NORRIE: **Det röde Kors.** Militärlägen, Årg. 4, S. 99.

Forf. fremhäver Önskeligheden af, at den danske Röde Kors-Forening stiller sig i et närmere Forhold til Befolkningen, dels derved at den ligesom den amerikanske Forening träder i Virksomhed også under Fredsforhold ved indträffende store offentlige Ulykker, såsom Ildebrande, Oversvömmelser, Epidemier o. s. v., dels ved at indrette en kortvarig Uddannelse af Mänd og Kvinder i Plejen af syge, helst ved en särlig Skole i Köbenhavn, hvor der også gives udenbys Elever Lejlighed til Deltagelse i Undervisningen; der vilde herved i hver Egn af Landet kunne tilvejebringes Personer, der kunde opträde som Hjälpere under eventuelle Ulykker og vilde väre rede til at träde til under Krig.

Joh. Möller.

J. BONDESEN: **Hvilke Regler have de militäre Läger at fölge ved Kassationsvedtegning om, hvor vidt en under Tjänesten pådragen Läsion eller Sygdom bör betegnes som fremkaldt ved den militäre Tjäneste?** Militärlägen, Årg. 4, S. 114.

Diskussion om samme Ämne. Sammesteds S. 182.

På de Attester, der udstedes for kasserede värnepligtige angående deres Kassation, er det, navnlig til Oplysning ved senere fremkom-

mende Spörgsmål om Invaliditet og Forsörgelse, pålagt Kassationskommissionerne i alle Tilfälde, hvor en Svaghed er erhvervet under Tjänesten, at tilföje, hvor vidt den militäre Tjäneste kan antages at have bevirket den Tilstand, der begrunder Kassationen. I Forbindelse hermed er det pålagt Lägerne ved de militäre Sygehuse i sådanne Tilfälde i Sygejournalen at göre udförligt Rede for de särlige Omständigheder, der stå i Forbindelse med Sygdommens Pådragelse. Forf. fremhäver Nödvendigheden af, at Lägerne på dette Område samvirke med de militäre Myndigheder for gennem dem at få de nödvendige Oplysninger om, hvorledes Sygdomstilfäldet er opstået, og han gennemgår dernäst mere i det enkelte, under hvilke Forhold et sådant Sygdomstilfälde må siges at väre opstået »ved Tjänesten». Hvad *Legemsbeskadigelser* angår, mener Forf., at de kun da kunne få Vedtegningen »erhvervede ved Tjänesten», når Läsionen er erhvervet under den umiddelbare Opfyldelse af en given Ordre, under den specifik militäre Uddannelse eller under Udövelsen af et bestemt tjänstligt Hverv, medens Läsioner, der pådrages under Tjänestetiden, men udenfor disse Forhold — selv om de gå ind under de Nödvendighedsforretninger, som en Soldat ligesom et hvert andet Individ er nödt til at underkaste sig — ikke kunne få denne Vedtegning. Med Hensyn til *Sygdomme* mener Forf., at den ommeldte Vedtegning bör gives 1) sådanne Sygdomme, der efter gammel Hävd må opfattes som egentlige Strabadssygdomme (for Exempel Solstik og Forfrysning, Ansträngelsesperiostitis, muligvis Hjärtesygdomme); 2) direkte smitsomme Sygdomme, for så vidt vedkommende Sygdom hersker epidemisk eller endemisk på det Sted, der er anvist Soldaten til Opholdssted, og for så vidt Sygdommens Erhvervelse med nogen Sandsynlighed kan föres tilbage til denne Endemi; 3) andre Infektionssygdomme, for så vidt deres Opståen med Sandsynlighed kan antages at hidröre fra särlig ugunstige Forhold på det Sted, der er anvist Soldaten til Opholdssted (Kaserneinfektion; — Ex. Lungebetändelse i visse Afdelinger og på visse Kaserner). I mange Tilfälde er det umuligt at svare bestemt med ja eller nej, men Lägen kan kun komme til Udtalelsen »mulig» eller »sandsynlig»; i sådanne Tilfälde er det Lägens Pligt at tilvejebringe alle de Oplysninger, som kunne blive af Betydning for den afgörende Myndighed (Invalidebestyrelsen).

Under Diskussionen viste der sig en Del Meningsforskel, navnlig angående Begränsningen af Udtrykket »ved Tjänesten», isär med Hensyn til Legemsbeskadigelser, idet Gränserne for denne Vedtegning fra enkelte Sider udvidedes betydelig mere end efter BONDESENs Opfattelse, således at endog alle i en Kaserne indtrufne Läsioner, der ikke vare selvforskyldte, droges med ind under denne Vedtegning.

Joh. Möller.

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXVIII.

N° 27.

H. JACOBÄUS: **Sur la méningite tuberculeuse spinale et la leucomyélite aiguë.**

Il s'agit, dans le premier des cas relatés, d'une malade qui, après un accouchement suivi d'endométrite, fut saisie d'une fièvre assez ardente. Elle commença simultanément à tousser et à maigrir. Ces symptômes ayant persisté pendant quelques semaines, des douleurs violentes siégeant dans la région sacro-lombaire la contraignirent à se mettre au lit. Les crises douloureuses continuèrent avec une violence extraordinaire; peu à peu, paralysie des extrémités inférieures et rétention d'urine. En même temps, les apophyses épineuses étaient tout particulièrement douloureuses à la pression, et il y avait accompagnement d'opisthotonos. Enfin, développement des signes classiques d'une méningite basilaire, suivie de mort dans le coma. Entre l'apparition des douleurs sacro-lombaires et la mort, il y eut un intervalle de quatre semaines.

Autopsie: Phthisie pulmonaire, endométrite et salpingite tuberculeuses, méningite basilaire, qui n'offrait rien de particulier. L'arachnoïde et la pie-mère rachidiennes étaient envahies par une infiltration tuberculeuse très volumineuse, s'étendant depuis la base de l'encéphale jusqu'à la partie la plus inférieure du sac de la dure-mère, et ayant son maximum dans la partie lombaire de la moelle épinière. Microscopiquement on trouva des altérations de la zone périphérique de la moelle entière; dans l'intumescence cervicale (voir fig. I) les lésions étaient d'une gravité remarquable, toute la partie marginale étant complètement dégénérée; quant au centre de la moelle, il était presque intact.

Ce cas fournit un excellent exemple de la forme très rare de méningite tuberculeuse dans laquelle les enveloppes de la moelle sont attaquées les premières (forme spinale, forme ascendante). Vraisemblablement l'infection tirait son origine de l'utérus et des trompes de Fallope.

Dans le second cas, un jeune homme ayant joui jusqu'alors d'une santé parfaite, commença à ressentir des douleurs vagues aux muscles du tronc et des extrémités. Ces symptômes s'aggravant, il est forcé d'entrer à l'hôpital quatre jours après le commencement de la maladie. C'est un sujet robuste, se plaignant de douleurs au tronc et aux extrémités; les muscles sont légèrement raides et douloureux à la pression, la respiration un peu difficile; les organes végétatifs parfaitement sains. De temps à autre, diplopie, mais pas de strabisme manifeste. Les jours suivants, la situation s'aggrave; il n'y a pas de paralysie vraie, mais la douleur et la raideur des muscles empêchent le malade de faire de mouvements; la sensibilité est intacte. Mort par une attaque d'asphyxie quatre semaines après le commencement de la maladie.

A l'autopsie on ne trouve d'abord rien. Après le durcissement de la moelle épinière, le microscope décèle des lésions myélitiques assez graves et d'une forme très singulière. Dans la partie sacro-lombaire de la moelle, celle-ci est saine (voir fig. III); elle est au contraire gravement atteinte dans sa partie cervico-dorsale, où toute la zone marginale est dégénérée, tandis que la partie centrale est presque intacte (voir fig. II); il n'y a pas de méningite spinale.

Ce dernier cas paraît démontrer que la perception des irritations sensitives (tactiles, douloureuses, thermiques) peut être réalisée à la condition de l'intégrité de la substance grise centrale. Cette conclusion se trouve en bonne concordance avec l'expérience générale, savoir que les lésions de la substance grise ont pour conséquence constante des altérations de la sensibilité cutanée (syringomyélie, hématomyélie) pourvu que la lésion n'est pas limitée aux cornes antérieures, et que par contre la plus grande partie de la substance blanche peut être dégénérée sans que la sensibilité soit altérée (maladie de Friedreich).

N° 28.

INGOLF LÖNNBERG et CARL MANNHEIMER: **Sur les tumeurs malignes de l'utérus dites sérotinales, consécutives à une grossesse.**

Les auteurs communiquent deux cas de tumeurs pareilles. L'un a été décrit antérieurement par NETZEL comme un cas tout particulier de cancer de l'utérus, l'autre a été observé dans la division gynécologique de l'Hôpital des Séraphins (*Serafimerlasarettet*) à Stockholm.

1. Femme de 38 ans qui a eu 8 enfants nés viables et 1 môle. Le dernier accouchement à terme. 4 semaines plus tard, commença une hémorrhagie, qui récidiva ensuite plusieurs fois, et se montra rebelle à tout traitement. 2½ mois après l'accouchement, il fut découvert dans l'utérus une petite tumeur qui, quoique enlevée à plusieurs reprises, revenait incessamment sous la forme de tumeur ulcérante molle.

Écoulement sanguinolent, qui finit par devenir putride. Cachexie. La malade mourut 6 mois après l'accouchement. On découvrit dans

l'utérus une plaie à fond inégal et à bords saillants, occupant la totalité du canal cervical et la partie inférieure du corps de l'utérus, ainsi qu'une petite tumeur similaire dans la corne gauche de cet organe. Métastases dans le vagin, les poumons, le foie, la rate, les reins et les glandes lymphatiques de la cavité abdominale.

Les débris de tumeur enlevés pendant la vie se composaient de cellules ressemblant à des cellules de la caduque. Le diagnostic, après l'examen des tumeurs obtenues par l'autopsie, fut à cette occasion celui de cancer épithélial.

2. Femme de 42 ans. Deux accouchements antérieurs. Grande môle hydatique le $^{19}/_{11}$ 1893. 7 semaines après la môle, il se produisit une hémorrhagie qui revint ensuite continuellement, avec écoulements sanguinolents dans les intervalles. Anémie, abaissement des forces. — $^{9}/_{10}$ 95. L'utérus, de la grosseur du poing, mobile; dans le vagin, de nombreuses métastases de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette. — $^{18}/_{10}$. Exstirpation de l'utérus par laparotomie. — $^{30}/_{10}$. Exstirpation des tumeurs vaginales. — Fièvre les premiers jours après l'opération. Ensuite, convalescence non interrompue. Le $^{30}/_{9}$ 1896, la malade est guérie, sans indice de récidive.

L'utérus exstirpé est de la grosseur d'un bon poing; la tumeur, à pédoncule large, part de la paroi postérieure et de la partie inférieure du fond. (Voir la Planche.) La surface de section bigarrée, avec alternance de parties brun rouges et de parties grises; çà et là des îlots jaunes. La consistance cassante. La limite du côté de la musculature assez nette. Des pointes du tissu de la tumeur pénètrent cependant dans la paroi. La muqueuse tuméfiée, à part cela normale. La musculature épaissie. Dans la partie cervicale, quelques petits noyaux d'une couleur rosée. Dans la partie enlevée de la paroi vaginale, une quantité (environ 20) de petits noyaux de tumeur, sur lesquels la muqueuse passe presque sans modifications.

L'examen microscopique montre que la tumeur se compose de deux éléments, savoir, d'un côté, d'un syncytium vacuolisé en forme de plaques, de cellules gigantesques et de colonnes (fig. 1, 2 et 5), et de l'autre, de grandes cellules polygones à limites très nettes (fig. 3 et 4). Il n'a pas été constaté de transition entre elles. Les éléments disposés papillairement. Les papilles les plus récentes se voient à la transition entre la paroi de l'utérus et la tumeur (fig. 4). Cette disposition papillaire se retrouve sur toute l'étendue de la tumeur. Les auteurs se rattachent *en principe* à la manière de voir de MARCHAND sur la pathogénie de la tumeur: les cellules épithéliales trouvées dans la sérotine normale ont développé des proliférations malignes. Ils estiment toutefois que les cellules polygones sont, de même que le syncytium, d'origine *maternelle*. Les papilles de la date la plus récente, et qui sont recouvertes des cellules polygones, se comportent en effet vis-à-vis de la paroi de l'utérus comme des papilles provenant de la muqueuse utérine. Les auteurs ne peuvent pas y voir des villosités du chorion. Ils considèrent comme

caractéristique la dénomination de KOSSMANN: »carcinoma syncytiale uteri».

Ces deux cas compris, il a été réuni 53 cas appartenant à ce groupe d'affections, dont 29 après une grossesse normale (avortement ou accouchement à terme) et 24 après une môle hydatique. Il n'existe, au point de vue de l'étiologie, qu'une grossesse antécédente qui en constitue la condition absolue. Il est impossible de décider quand le néoplasme même a commencé à se former, savoir si c'est pendant la grossesse ou après son interruption. L'âge des malades varie fortement, soit en moyenne de 32,6 ans. Le nombre des accouchements antérieurs à la maladie est en général assez considérable, 5 en moyenne. Les symptômes sont les hémorrhagies, les écoulements sanguinolents commençant à des époques variables après l'accouchement, en général cependant à une période assez rapprochée. L'utérus grand; à l'exploration intra-utérine, on rencontre au bout de quelque temps une tumeur cassante et facile à enlever, opération qui permet de pénétrer profondément dans la paroi utérine. Altération de l'état général: d'abord anémie, puis cachexie. Métastases fréquentes dans le vagin, plus tard dans les poumons. Ces dernières souvent prises pour une tuberculose pulmonaire.

Le diagnostic clinique doit être établi par voie d'exclusion; la certitude est obtenue après l'examen microscopique des raclures. Dans le cas 2, le diagnostic fut essentiellement appuyé par les métastases vaginales. L'issue est absolument léthale si l'on ne procède pas à temps à une opération radicale. L'exstirpation de l'utérus a eu lieu dans 20 cas, dont 1 mortel par suite de l'opération, et 4, à des époques plus ou moins éloignées, du fait des métastases qui s'étaient formées avant l'opération. Malgré les nombreuses métastases exstirpées, notre malade (cas 2) paraît avoir de bonnes chances de guérison définitive, du moment où elle jouit de la santé près d'un an après l'opération.

Stockholm 1896. Kungl. Boktryckeriet.

NORD. MEDICINSKT ARKIV. Årg. 1896. Tilläggshäfte.

FÖRHANDLINGAR

VID

FÖRSTA NORDISKA KONGRESSEN

FÖR

INVÄRTES MEDICIN

I GÖTEBORG DEN 27—29 AUGUSTI 1896

REDIGERADE

AF

ÖFVERLÄKARE H. KÖSTER
GENERALSEKRETERARE



STOCKHOLM 1896
KUNGL. BOKTRYCKERIET. P. A. NORSTEDT & SÖNER

Deltagare

i

Första Nordiska Kongressen för invärtes medicin

i Göteborg den 27—29 Aug. 1896.

AASER, P., Overläge, Kristiania.
AHLFORS, J., prakt. läkare, Göteborg.
ANDRESEN, L., prakt. Läge, Charlottenlund, Danmark.
ANDVORD, K. F., Läge ved Gausdals sanatorium, Norge.
BACKER, A., Distrikts- og Amtsläge, Skien.
BACKLUND, A., läkare vid epid. sjukhuset, Göteborg.
BELFRAGE, F., distriktsläkare, Göteborg.
BELFRAGE, K., e. o. provinsialläkare, Mölndal, Sverige.
BENCKERT, C. H., 1:ste stadsläkare, Göteborg.
BERGENDAL, G., distriktsläkare, Göteborg.
BERGENGREN, M., » »
BERGH, CHR., prakt. Läge, Kristiania.
BERGMAN, F., prakt. läkare, Göteborg.
BEXELIUS, J., lasarettsläkare, Kisa, Sverige.
BILLQVIST, G., kir. mag., med. d:r, Göteborg.
BJÖRCK, C., provinsialläkare, Falkenberg.
BJÖRKMAN, K., prakt. läkare, Göteborg.
BLUME, C. A., D:r med., Mörköv, Själland.
BOMAN, H., prakt. läkare, Göteborg.
BONDESON, A., » » »
BRUHN, V., » » »
BÄCKLIN, E., » » »
CALONIUS, M., provinsialläkare, Tohmajärvi, Finland.
CARLANDER, O., läkare vid Holtermanska sjukhuset, Göteborg.
DEDICHEN, H. W., Reserveläge ved Rotvolds asyl, Norge.
EDGREN, J. G., e. o. professor, Stockholm.
EGER, CHR., Distriktsläge, Hof i Jarlsberg, Norge.

ELANDER, G., prakt. läkare, Göteborg.
ELLEFSEN, C. J., prakt. Läge, Grimstad.
ENVALL, A., öfverläkare, Kristinehamn.
FABER, K., Professor, Köbenhavn.
FICK, L. E., fördelningsläkare, Lund.
FLØYSTRUP, A., D:r med., Köbenhavn.
FRIES, R., med. d:r, Göteborg.
FROSTE, C., amanuens å Sabbatsbergs sjukhus, Stockholm.
FÅHRÆUS, M. B., underläkare å Serafimerlasarettet, Stockholm.
GADDE, N. O., professor, Lund.
GADE, F. G. Prosektor ved Universitetet, Kristiania.
GEETE, G., provinsialläkare, Borås.
GIBSON, O., bataljonsläkare, Stockholm.
GRAM, CHR., Professor, Köbenhavn.
GRAUER, CHR., prakt. Läge, Aarhus.
HÆFFNER, A., prakt. läkare, Göteborg.
HANSSEN, KL., Overläge, Bergen.
HENSCHEN, S. E., professor, Upsala.
HILDEBRAND, C. H., e. o. professor, Lund.
HINDMARSH, J. O., prakt. läkare, Göteborg.
HJERTSTRÖM, E., e. o. professor, Stockholm.
HJORTZBERG, G., karantänsläkare, Känsö, Sverige.
HOLSTI, H., e. o. professor, Helsingfors.
HOLM, H., D:r med., Kristiania.
HOLM, I. C., Läge ved Holmenkollen, Kristiania.
HOLM, TH., Reserveläge, Köbenhavn.
HOLMBERG, A., prakt. läkare, Helsingfors.
HULTMAN, K., biträd. läkare vid Hisingens hospital, Göteborg.
ISRAEL-ROSENTHAL, E., Overläge, Köbenhavn.
ISAGER, K., Byläge, Ry, Danmark.
JANSON, C., med. d:r, Stockholm.
JÄDERHOLM, K., prakt. läkare, Norrköping.
KJELLGREN, E. S., distriktsläkare, Göteborg.
KÖSTER, H., öfverläkare, Göteborg.
LAACHE, S., Professor, Kristiania.
LAGERGREN, J. E., distriktsläkare, Stockholm.
LAURITZEN, M., Assistent ved Poliklinik, Köbenhavn.
LENNMALM, F., professor, Stockholm.
LEVERTIN, A., docent, Stockholm.
LEVISON, F., D:r med., Köbenhavn.
LINDH, A., öfverkirurg, Göteborg.

LINDMAN, C., prakt. läkare, Helsingborg.
LINDQVIST, L., prakt. läkare, Göteborg.
LJUNGSTRÖM, V., underläkare vid Epid. sjukhuset, Stockholm.
MADSEN, S., prakt. Läge, Bergen.
MOHR, G., Byläge, Stavanger.
MORELL, A., Läge, Slagelse, Danmark.
MYGGE, I., Overläge, Köbenhavn.
NORDENFELT, E., 2:dre läkare vid Sahlgr. Sjukhuset, Göteborg.
NORDQVIST, K., med. lic., Rostock, Sverige.
NORDSTRÖM, J., stadsläkare, Halmstad.
OLIN, C. O., badintendent, Varberg.
PETERSSON, O. V., e. o. professor, Upsala.
PETRÉN, K., docent, Lund.
PIPPING, W., e. o. professor, Helsingfors.
QUENSEL, U., laborator, Stockholm.
RASCH, C., D:r med., Köbenhavn.
RIBBING, S., professor, Lund.
RUNEBERG, I. W., professor, Helsingfors.
RYDELIUS, E., distriktsläkare, Göteborg.
SANTESSON, B. H., prakt. läkare, Stockholm.
SCHARP, V., amanuens å Allm. Barnhuset, Stockholm.
SCHAUMANN, O., prakt. läkare, Helsingfors.
SCHMIDT, STORJOHANN, prakt. läkare, Stockholm.
SELLBERG, L., 2:dre stadsläkare, Göteborg.
SIEVERS, R., docent, Helsingfors.
SILFVERSKIÖLD, P., prakt. läkare, Göteborg.
STENBECK, T., prakt. läkare, Stockholm.
STRANDGAARD, N. J., Läge ved Frederiks hospital, Köbenhavn.
STRÖM, W., järnvägsläkare, Eslöf, Sverige.
SUNDELIUS, O., 2:dre stadsläkare, Örebro.
v. SYDOW, F. E., f. d. öfverläkare, Göteborg.
SÖDERBERG, P., 1:ste provinsialläkare, Halmstad.
SÖDERMARK, A., lasarettsläkare, Borås.
SÖDERSTEN, G., prakt. läkare, Göteborg.
TIRÉN, O., distriktsläkare, Göteborg.
TRIER, F., Professor, Köbenhavn.
ULLMAN, C. M., professor, Göteborg.
VEMMESTAD, J., prakt. Läge, Stavanger.
VETLESEN, H. J., Overläge, Kristiania.
VETLESEN, UNGER, » »
WALLIN, A., distriktsläkare, Göteborg.

WALTER, K. A., biträd. lärare vid Barnmorskeanstalten, Göteborg.
WARFVINGE, F. W., öfverläkare, Stockholm.
WÆRN, J., e. o. professor, Stockholm.
WESTMAN, A., fördelningsläkare, Göteborg.
WETTERGREN, C., 1:ste stadsläkare, Arboga.
WICKSTRÖM, K., öfverläkare, Göteborg.
WIKNER, E., e. provinsialläkare, Ockelbo, Sverige.
WINGÅRD, E., bitr. provinsialläkare, Göteborg.
WOLFF, L., prakt. läkare, Göteborg.
WRETLIND, E. W., prakt. läkare, Stockholm.
ÅBERG, F. O., distriktsläkare, Göteborg.
ÅKERLUND, S., fältläkarestipendiat, Göteborg.
ÅKESSON, N., bataljonsläkare, Strömsholm, Sverige.
ÖDMANSSON, E., e. o. professor, Stockholm.

I. Protokoll öfver förhandlingarna.

Torsdagen den 27 augusti
kl. 10—12,30 e. m.

1. Presidenten, prof. RUNEBERG, hälsade deltagarne välkomna och förklarade kongressen öppnad, (se inledningsföredraget).

2. Styrelsens sekreterare, öfverläkare KÖSTER, redogjorde för de förberedande åtgärderna för kongressen.

Den 2 juni 1895 sammanträdde i Göteborg ett 20-tal läkare från de nordiska länderna under prof. TRIERS ordförandeskap och beslöto, att kongresser för invärtes medicin skulle hållas, samt att den första skulle ega rum i Göteborg någon gång under tiden mellan 1/6—1/9 1896. Till interimsstyrelse utsågos: för Sverige prof. HENSCHEN och prof. EDGREN, för Norge öfverläkare KL. HANSSEN och prof. LAACHE, för Danmark öfverläkare MYGGE och prof. GRAM, för Finland prof. RUNEBERG. Till mötets president utsågs prof. RUNEBERG, och till sekreterare valdes öfverläkare KÖSTER. Styrelsen har dessutom som andre medlem för Finland valt prof. HOLSTI.

De åtgärder denna styrelse vidtagit äro följande:

Vid sammanträde i december beslöts, att kongressen skulle sammanträda den 27—29 augusti; vidare bestämdes diskussionsämnena, och beslöt man anmoda prof. PETERSSON, LAACHE och HOLSTI att inleda de resp. ämnena, hvilket dessa herrar med beredvillighet åtogo sig; dessutom bestämdes tiden för anmälning af föredrag till senast den 15 juli och mötesafgiften till 10 kronor. Genom ett till ett flertal af de skandinaviska läkarne utsändt cirkulär från prof. RUNEBERG samt genom tillkännagifvande i följande tidskrifter: Hygiea, Eira, Med. Månadsrevy, Norsk Magazin f. Lägevid., Ugeskrift for Läger, Hospitalstidende och Finska läkaresällskapets handlingar offentliggjordes

dessa styrelsens beslut och i juli meddelades det preliminära programmet.

På grund af ansökningar till de resp. ländernas järnvägsstyrelser och ångbåtsrederier beviljades prisnedsättning af styrelserna för de norska och svenska statsbanorna, för Bergslagsbanan och Dalslandsbanan samt för det forenede Dampskibsselskab i så måtto, att mot aflemnande af medlemskort resa fram och tillbaka finge göras mot erläggande af afgift för enkel biljett, hvarjämte styrelsen för de svenska statsbanorna medgifvit utländska deltagare rätt att återvända annan väg än den, de begagnat till mötet. De härför erforderliga medlemskorten hafva sändts till de herrar läkare, som anmält sig ämna deltaga i kongressen, jämte preliminärt program.

Vid sammanträde den 26 augusti bestämdes, att mötets förhandlingar skulle ega rum från kl. 10—12,30 och 2—4 e. m. första dagen, samt från kl. 9,30—12,30 och 2—4 e. m. de båda följande dagarna; tiden för inledningsföredragen till diskussionsämnena bestämdes till 30 minuter och för diskussionsyttranden i dessa frågor till 10 minuter samt för öfriga föredrag och diskussionsyttranden till 20 resp. 5 minuter; vidare beslöts att med tacksamhet afböja en af Göteborgs läkaresällskap framförd inbjudning till en utfärd med efterföljande sexa i Trädgårdsföreningen, då styrelsen ansåg, att alla fester borde vara gemensamma för mötesdeltagarne, samt att dylika gemensamma fester skulle anordnas sålunda: d. 27 augusti middag å Grand hotel Haglund kl. 5 e. m. med damer, d. 28 aug. kl. 6 e. m., om förhållandena voro gynsamma, utfärd till skärgården och d. 29 aug. afskedskollation i Trädgårdsföreningen kl. 5,30 e. m.

Styrelsen beslöt vidare uttala sig för önskvärdheten af, att referat af föredrag samt eventuela diskussionsyttranden inlemnades till sekretariatet före mötets slut, samt att eventuela förslag till diskussionsämnen inlemnades före kl. 12 sista mötesdagen. Till sekreteraren uppdrog slutligen styrelsen att träda i underhandling med redaktionen af Nord. med. arkiv om snarast möjliga offentliggörande af mötets förhandlingar i detsamma mot skälig ersättning.

Vid det förut omnämnda förberedande mötet uppsattes ett förslag till stadgar för de nordiska kongresserna. Då emellertid det visat sig önskvärdt, att en permanent generalsekreterare utsåges, har styrelsen beslutit föreslå kongressen en förändring af stadgarna i denna riktning.

3. Kongressen godkände det af det preliminära mötet i Göteborg uppgjorda förslaget till stadgar för Nordiska kongresser för invärtes medicin med den af styrelsen föreslagna ändringen.

Stadgar

för

Nordiska Kongressen för invärtes Medicin.

§ 1.

Kongressens ändamål är att samla Nordens läkare till gemensam dryftning af ämnen, som tillhöra invärtes medicinens områden.

§ 2.

Kongressens angelägenheter ordnas af en organisationskomité, som består af 2 medlemmar från hvarje land samt dessutom af en tils vidare utsedd generalsekreterare. Denna utses vid hvarje möte och fungerar intill det nästa, till hvilket den träffar alla nödiga anordningar. Vid förfall supplerar komitén sig själf.

§ 3.

Hvart möte fattar beslut om tid och ställe för nästa möte, dock eger organisationskomitén, om särskilda grunder tala därför, att företaga förändringar i dessa bestämmelser.

Vedtägter

for

Nordisk Kongress for indvortes Medicin.

§ 1.

Kongressens Formål er at samle Nordens Läger til fälles Dröftelse af Ämner, der henhöre under indvortes Medicin.

§ 2.

Kongressens Anliggender ordnes af en Organisationskomité, bestående af 2 Medlemmer fra hvert Land og desuden af en indtil videre valgt Generalsekretär. Den välges ved hvert Möde og fungerer til näste Möde, til hvilket den ordner alt det fornödne. Ved Forfald supplerer Komitéen sig selv.

§ 3.

Paa hvert Möde bestemmes Tid og Sted for näste Möde. Dog kan Organisationskomitéen, når särlige Grunde tale derfor, foretage Forandringer i disse Bestemmelser.

4. På styrelsens förslag valdes med acklamation till generalsekreterare öfverläkare Köster.

5. På styrelsens förslag valdes med acklamation till vice presidenter för mötet prof. Trier, prof. Henschen och öfverläkare Hanssen.

6. Till biträdande sekreterare valdes på styrelsens förslag med acklamation öfverläkare AASER, docent SIEVERS, dr C. JANSON samt dr RASCH och dr FLØYSTRUP.

7. Prof. PETERSSON och prof. LAACHE inledde diskussionsämnet: Om hjärtats perkussion.

I sammanhang härmed höll öfverläkare HANSSEN föredrag om Perkussionsforholdene ved Perikardit.

Diskussion: Prof. RIBBING, Overläge ISRAEL-ROSENTHAL.

Kl. 2—4 e. m.

8. Diskussionen om hjärtats perkussion fortsattes: Dr STRANDGAARD, Overläge ISRAEL-ROSENTHAL, prof. PETERSSON.

9. Ordförandeplatsen intogs af prof. TRIER.

10. Öfverläkare KÖSTER: Om vänstra hjärtkammarens förhållande vid mitralisfel.

Diskussionen beslöts skola uppskjutas till efter prof. RIBBINGS föredrag.

11. Prof. EDGREN: Om de accidentela blåsljuden öfver hjärtat.

12. Prof. RIBBING: Kan man diagnostiskt urskilja hjärtfel, vållade af öfveransträngning, och liknande sjukdomar, förorsakade af kronisk endokardit.

Diskussion: Dr ANDRESEN, Overläge ISRAEL-ROSENTHAL, öfverläkare KÖSTER, dr SCHMIDT-STORJOHANN, prof. RIBBING.

13. Docent LEVERTIN: Om kolsyrebad och deras indikationer.

Diskussion: Prof. GRAM, Overläge ISRAEL-ROSENTHAL, docent LEVERTIN.

Fredagen den 28 augusti

kl. 9,30 f. m.—12,30 e. m.

1. Prof. HOLSTI inledde diskussionsämnet: Om nevrastenin och dess förekomst i de skandinaviska länderna; dess yttringar och orsaker.

Diskussion: Dr DEDICHEN, Overläge KL. HANSSEN, dr BACKER, prof. HENSCHEN, docent PETRÉN, dr WRETLIND, prof. PETERSSON, prof. HOLSTI.

2. Overläge MYGGE: Den diagnostiske Betydning af springende temperaturer.
Diskussion: Prof. FABER.

3. Prof. FABER: Kronisk Streptokokpnevmoni.

4. Dr HOLM förevisade svafvelvatten från Vestfossen.

---

kl. 2—4 e. m.

5. Ordförandeplatsen intogs af prof. HENSCHEN.

6. Dr C. JANSON: Om infektionskällan vid ansiktsros.

7. Öfverläkare WARFVINGE: Om kloros och järnbehandling.
Diskussion: Prof. RIBBING, docent PETRÉN, öfverläkare WARFVINGE.

8. Dr BRUHN-FÅHRÆUS: Studier öfver levkocytosen.

9. Dr WOLFF: Hvilket värde har undersökningen af maginnehållet visat sig ega, specielt för magsjukdomarnas diagnos och behandling.

10. Dr RASCH: Om Forholdet mellem Hudsygdomme og den artritiske Diatese.
Diskussion: Dr F. LEVISON, Dr RASCH.

11. Dr F. LEVISON: Behandling af Gigt (arthritis urica) og särlig af denne Sygdoms kroniske Former.

12. Dr ANDVORD förevisade en modifikation af en sfygmograf.

Lördagen den 29 augusti
kl. 9,30 f. m.—12,30 e. m.

1. Ordförandeplatsen intogs af öfverläkare HANSSEN.

2. Prof. RUNEBERG: Om den diagnostiska betydelsen af ägghvitehalten i patologiska trans- och exsudat.
Diskussion: Prof. HENSCHEN.

3. Dr C. JANSON: En ny behandlingsmetod af den kirurgiska tuberkulosen.

Diskussion: Prof. FABER, dr B. SANTESSON, dr C. JANSON, prof. WÆRN.

4. Prof. HENSCHEN: Nya undersökningar angående synbanan.

5. Prof. HENSCHEN: Den disseminerade sklerosens etiologi.

Diskussion: Prof. FABER, prof. HENSCHEN.

6. Dr H. HOLM: Om associationscentra.

Diskussion: Prof. HENSCHEN.

Kl. 2—4 e. m.

7. På styrelsens förslag beslöts, att nästa kongress skulle hållas om 2 år i Kristiania under loppet af augusti månad.

8. Med acklamation återvaldes den hittils fungerande styrelsen, som således utgöres af prof. RUNEBERG, president, prof. HOLSTI, prof. HENSCHEN, prof. EDGREN, prof. LAACHE, öfverläkare KL. HANSSEN, prof. GRAM, öfverläkare MYGGE samt generalsekreteraren öfverläkare KÖSTER.

9. Presidenten uppmanade kongressdeltagarne att till generalsekreteraren insända förslag till diskussionsämnen före detta års utgång.

10. Dr STENBECK, efter demonstration kl. 1,30 af Röntgenstrålarna: Om Röntgenstrålarna i medicinens tjänst.

11. Overläge MYGGE: Demonstration af Fotografier, tagne ved Hjälp af Röntgens Stråler.

12. Prof. LAACHE meddelade innehållet af en uppsats af dr STORM-BULL: Om det Littenske Diafragmafänomen.

Diskussion: Prof. EDGREN, dr STENBECK.

13. F. d. öfverläkare v. SYDOW: Variola eller Varicellæ? Dessa sjukdomars differentiela diagnos.

Diskussion: Prof. TRIER, dr BACKER.

14. Dr STRANDGAARD: En ny Håndcentrifuge.

Diskussion: Dr STENBECK, prof. LAACHE, prof. HENSCHEN.

15. Prof. RUNEBERG: Vårt program är till ända, den tid, som varit anslagen för våra förhandlingar, likaså. Minuterna äro räknade, endast ett fåtal ännu och den 1:sta Nordiska kongressen för invärtes medicin har upphört att vara till. Dock skall den fortfara att lefva såsom människan efter sin bortgång gör det, lefva uti sitt verk och i minnet. Jag är fast förvissad om, att det, som denna vår kongress verkat, ännu länge skall lifskraftigt fortbestå, och jag är lika förvissad om, att minnet af den samma hos dem, som haft den lyckan, — jag säger med afsigt haft den lyckan — att få däruti deltaga, icke snart skall dö bort.

Förrän jag nu, i kraft af det uppdrag, som varit mig anförtrodt, afslutar mötet, är det mig en kär plikt att uttala allas vår varma tacksamhet mot dem, vi äro tack skyldige. Jag nämner då först det samhälle, där vi mötts, hvilket på så månget sätt varit egnadt att befordra kongressens syften och göra dessa mötesdagar angenäma för deltagarne. Att våra tankar därvid främst riktas till våra detta samhälle tillhörande kolleger och deras älskvärda fruar, är icke annat än naturligt. Jag nämner därefter kongressens förträfflige generalsekreterare, hvars tidsödande, själfuppoffrande och skickliga arbete för kongressen i väsentligaste mon betingat det lyckliga resultat, som ernåtts. Jag nämner så de värderade deltagare i kongressen, hvilka såsom referenter af diskussionsfrågorna eller såsom föredragare offrat tid och möda för att gifva kongressen dess betydelsefulla vetenskapliga innehåll. Jag nämner mötets väl funktionerande byrå och dess biträdande sekreterare, hvilkas värf icke är slutfördt på samma gång som vårt möte, utan hvilka det åligger att sörja för, att hvad vi här förhandlat icke må blifva sekret. Jag tackar slutligen å alla deltagarnes vägnar alla deltagare för den ovanliga uthållighet och intresse, hvarmed de från första stunden till den sista tagit del i mötets förhandlingar. Och till sist ber jag att för egen personlig del få uttala min innerliga tack för all den välvilja och hjärtlighet, som kommit mig till del på den plats såsom vårt mötes ordförande, hvilken jag haft den af mig högt skattade äran att intaga.

Jag förklarar den 1:sta Nordiska kongressen för invärtes medicin afslutad.

16. Prof. TRIER: M. H.! Formentlig ville De alle väre enige med mig, når jeg foreslår Dem, inden vi skilles ad, at bringe

vor höjtärede Formand en dybtfölt Tak for den Dygtighed og Omsigt, den Sikkerhed og Ro, den Hensynsfuldhed og Moderation, hvormed han har ledet Forhandlingerne. Han har derved bidraget såre meget til, at denne förste nordiske Kongres for indvortes Medicin er aflöben så tilfredsstillende.

Lad os derfor bede Professor RUNEBERG om at modtage vor oprigtige Tak! Gid han må leve länge og i kommende År mange Gange kunne lede de nordiske Kongresser for indvortes Medicin!

17. Att justera kongressens protokoll utsågos dr F. v. SYDOW och dr WOLFF.

II. Prof. RUNEBERG (Helsingfors): **Inledningsföredrag.**

M. H. I den förberedande styrelsens namn hälsar jag eder ärade herrar danske, norske, svenske och finske kolleger hjärtligt välkomna till detta möte. Att vi så talrikt samlats här från östan och västan, från norr och söder, synes bära otvetydigt vittne om, att tanken på en närmare sammanslutning mellan den inre medicinens utöfvare i de nordiska länderna icke varit ett tomt hugskott, utan att den framgått ur ett kändt behof och motsvarar tidsförhållandenas kraf.

M. H. Det mänskliga utvecklingsarbetet i våra dagar karakteriseras af tvänne olikartade, men med hvarandra nära sammanbundna företeelser. Den ena är arbetets fördelning, specialiseringen af arbetsområdena. Den andra sammanslutningen mellan arbetarena på de skilda arbetsområdena, associationen. Man kan icke undgå att finna, att dessa företeelser, hvilka åstadkommit en koncentrering och på samma gång en omfattning af arbetet, som icke på annat sätt varit möjlig att ernå, haft den mest genomgripande betydelse för arbetets resultat och i stort sedt mer än något annat betingat det snabba framåtskridande, som utmärker vår tids utveckling på alla håll. Men nekas kan ju ej häller, att en långt gången specialisering medför faran af ensidighet och brist på uppfattning af det samband, som förenar detaljerna till en helhet, samt att en trång eller oändamålsenlig association kan invärka ogynsamt på den enskildes själfständighet och frihet i arbetet. I hvardera fallet blir arbetets kvalitet här uppå lidande. Såväl specialisering som association blifva därför till

värkligt gagn för arbetets resultat, endast då de till begränsning och omfattning stå i öfverensstämmelse med de för tiden rådande förhållandenas utveckling och art.

På det medicinska arbetsfältet hafva vi uti vårt tidehvarf i stor utsträckning fått bevittna specialiseringens så ljus- som skuggsidor. En på djupet ingående detaljforskning, en snabb och rik utveckling af vårt vetande och kännande på de särskilda områdena af den medicinska vetenskapen och konsten, ett hopande af faktiskt vetande och en teknisk fulländning af undersökningsmetoder och terapevtiska handgrepp, som i denna utsträckning icke kunde komma i fråga, så länge den enskildes arbete omfattade hela det vidsträckta medicinska vetenskapsgebitet. Men också å andra sidan en benägenhet att låta detaljerna undanskymma det hela, en alt mera framträdande tendens att sönderstycka den medicinska vetenskapen, hvilken dock trots alt till sin natur är en och odelbar, i en mängd med hvarandra endast löst sammanhängande specialiteter. M. H. Det gifves i vår tid icke någon större fara för medicinen än den, att dess idkare skola förgäta eller icke mera fullt genomträngas af det medvetande, att de ej hafva att behandla endast ett sjukt organ utan hela den sjuka människan, att de icke mera klart inse, att den medicinska vetenskapens föremål ej är de särskilda delarna af människokroppen utan människan i hennes helhet jämte alla de fysiska och psykiska företeelser, som invärka på henne och på hennes välbefinnande.

Det åligger i främsta rummet den inre medicinen, att uppehålla och utveckla enhetstanken i den medicinska vetenskapen. Den inre medicinen får därför ej förfalla till en specialitet för bröst- och bukorganernas sjukdomar, hon måste sträfva till att genom eget forskningsarbete och genom att tillgodogöra sig specialforskningens resultat blifva det fasta organiska föreningsbandet mellan de olika medicinska specialiteterna och därigenom hindra faran för den medicinska vetenskapens söndersplittrande att blifva en verklighet. Och vid hennes sida i denna sträfvan kan och bör man finna hennes systervetenskap, kirurgin, i våra dagar äfven på det rent vetenskapliga området uppvuxen till den inre medicinens jämnbördige vederlike. Ty man måste väl vara förvissad därom, att kirurgin icke af den storartade utveckling, det tekniska kunnandet på detta område under senaste tid ernått, skall, annat än i enskilda irringar, låta leda sig från ett klart och lefvande medvetande därom, att

hvarje terapevtiskt ingrepp har sin betydelse icke genom möjligheten af dess utförande och dess närmaste följder utan genom den inverkan, det kan hafva på den behandlade människans välbefinnande i dess helhet, med beaktande af alla de omständigheter, som häruppå kunna hafva inflytande. Detta medvetande måste alltid förblifva hvarje sann läkevetenskaps innersta kärne och väsentligaste innebörd. En kraftig utveckling af enhets- och helhetssträfvandet inom medicinen utgör den nödvändiga motvikten mot en öfverhandtagande benägenhet för en långt gången specialisering, och alt, som kan bidraga till att gifva denna sträfvan styrka, måste därför hälsas med tillfredsställelse.

Om sålunda den ena af de af mig nämnda företeelserna, specialiseringen af arbetsområdena, på det mest betydelsefulla sätt gjort sig gällande på medicinens gebit, så har ingalunda häller den andra, sammanslutningen mellan arbetarena på de skilda arbetsfälten, lemnat det samma oberördt. Föreningar, möten, kongresser, internationela, nationela eller lokala, omfattande samtliga naturvetenskaper jämte medicin, hela medicinens område särskildt för sig eller enskilda delar däraf, höra i vår tid till ordningen för dagen. Man kan sätta i fråga, om dessa associationer, i synnerhet de, som hafva mycket stor omfattning i afseende å deltagarna i de samma eller föremålen för deras arbeten, alltid och i hvarje afseende äro till fördel för det vetenskapliga arbetet, hvilket ju dock till väsentligaste del är beroende af det lugna, jämna, självständiga arbete, som utföres af den enskilde vetenskapsmannen på hans eget arbetsrum. Men säkert är dock, att i det stora hela dessa associationer varit ett mäktigt medel att befordra vetenskapens utveckling, genom de mångahanda väckelser, som samarbete och samvaro med dem, som besjälas af likartade sträfvanden, alltid frammanar, och att många sidor af det vetenskapliga utvecklingsarbetet med nödvändighet erfordrar ett sådant direkt och omedelbart utbyte af insikter och åsikter mellan arbetarna, en sådan direkt samverkan, som är dessa associationers innersta väsende, och som endast genom dem kan ernås. Säkert är ock, att den vetenskap, som icke begagnar sig af detta viktiga utvecklingsmedel, i täflan med andra vetenskaper skall lemnas efter och icke fullständigt kunna fylla den uppgift, den har sig förelagd i det gemensamma utvecklingsarbetet.

Bland associationerna på det medicinska området synes det vara de, som omfatta någon mera begränsad del af den medi-

cinska vetenskapen, hvilka för det närvarande bäst motsvara förhållandenas utveckling och lemna de största utsikter för ett fruktbärande vetenskapligt utbyte. Det gäller för den inre medicinen, om hon vill fylla den uppgift, som åligger henne, att icke lemna sig efter i täflan med de mera specialistiska grenarna af medicinen. Och det gäller för alla folk, som icke vilja blifva efter i täflan med andra, att icke häller lemna obegagnadt det viktiga medel, som finnes att tillgå i dessa associationer mellan vetenskapsidkare, som sträfva till samma mål. Ett föredöme, som manar till efterföljd och i flere länder redan vunnit efterföljd, är i detta afsende den sedan 1882 årligen sammanträdande tyska kongressen för inre medicin, hvilken med så stor framgång fylt sin af sin första president FRERICHS mästerligt formulerade uppgift att häfda den inre medicinens själfständighet och betydelse för den medicinska vetenskapen i dess helhet, särskildt såsom bärare af enhetstanken inom den samma.

När därföre under sistlidne år tvänne af våra värderade norske kolleger, dr:ne KLAUS HANSSEN och LAACHE, utfärdade ett upprop till bildande af en förening för inre medicin, omfattande de nordiska länderna, helsades detta upprop med allmän tillfredsställelse. Vid en sammankomst här i Göteborg för litet mer än ett år sedan af representanter för den invärtes medicinens utöfvare i de nordiska länderna enades man om att under loppet af innevarande år sammankalla en nordisk kongress för inre medicin till Göteborg samt utsåg en styrelse för att sätta detta beslut i verket. Detta uppdrag har den då utsedda styrelsen nu fullgjort, och det är å denna styrelses vägnar jag härmed får förklara den 1:sta nordiska kongressen för invärtes medicin öppnad. Jag vågar uttala den fasta förhoppning, att den unge världsborgare, som i dag för första gången skådat dagens ljus, skall visa sig lifskraftig och uppväxa till glädje och gagn för den medicinska vetenskapen i allmänhet och särskildt för den medicinska vetenskapens utveckling i de nordiska länderna. Jag vågar slutligen uttala den förhoppning, att den nyfödde skall träda i nära förbindelser med sin några år äldre broder, nordiska föreningen för kirurgi, samt, i broderlig samverkan med denna, kraftigt och med framgång genom fruktbärande arbete föra enhetstankens talan inom den nordiska medicinska vetenskapen.

III. Referat af förhandlingarna.

Prof. O. V. PETERSSON (Upsala): **Om hjärtats perkussion.**

Då jag nu går att efterfölja Styrelsens uppmaning att inleda diskussionen öfver ämnet: hjärtats perkussion, som blifvit uppstäldt först på programmet för detta möte, kan jag mycket väl tänka mig, att ämnet torde förefalla en och annan af denna ärade församling något enkelt och nästan trivialt. Hjärtats perkussion är något, som vi inhemta vid de första stegen af vår praktiska utveckling, och saken förefaller mången så genomstuderad och afslutad, att därom skulle ej kunna vara mycket att vidare tillägga eller nytt att anföra. För min del tror jag dock, att den fysikaliska undersökningen af organerna i allmänhet ännu lemnar åtskilligt öfrigt att önska och kan lemna nya fruktbärande uppslag, som föra vårt vetande ett stycke längre fram, än hvad vi hittils i allmänhet förmått, och att detta särskildt både behöfves och är möjligt rörande hjärtats perkussion.

Perkussionen såsom fysikalisk undersökningsmetod har, som bekant, hufvudsakligen till mål att topografiskt bestämma de lufthaltiga och de icke lufthaltiga organens inbördes läge och utsträckning i vår kropp, samt att utröna, om ett i och för sig lufthaltigt organ är under patologiska förhållanden mindre luftförande på något ställe än normalt, eller huruvida en icke lufthaltig kropp, en svulst, en vätska eller dylikt inträngt på något ställe, där eljes lufthaltigt organ skulle finnas och vice versa. För så vidt dylika förändringar trängt mot ytan af kroppen, äro de tillgängliga för perkussionsbestämningar. De särskilda organens form, storlek och läge bli således på ett alldeles särskildt sätt iakttagna genom perkussionsmetoden.

Hvad hjärtat beträffar, hafva dessa perkussionsbestämningar hittils åtnöjt sig med att utrita den s. k. absoluta och relativa hjärtdämpningen; den förra har allmänt bestämts som en ruta af i hufvudsak kvadratisk form å bröstkorgens framsida och begränsad uppåt i höjd med fjärde refbenet, inåt vid vänstra sternalranden och nedåt och utåt från dessa linier sträckande sig omkring 3—5 cm. Den relativa hjärtdämpningen åter har inåt fått samma gräns som den absoluta, men uppåt sträckt sig till 3:e refbenet och utåt till närheten af vänstra mamillarlinien. Sådan är den vanliga uppfattningen ända intill våra dagar.

Den korta tid, som är anslagen till mitt föredrag, tillåter mig ej att lemna någon utförligare historik öfver ämnet eller nämna några namn, såfrestande än detta kunde vara.

Klart är, att den absoluta hjärtdämpningen väsentligen påverkas af läget för den inre randen af vänstra lungan, af dess incisura cardiaca, och att dennas bestämning sammanfaller med hjärtdämpningsrutans öfre och yttre gräns. Det är lika mycket denna vänstra lungans inre gräns, som man med den absoluta hjärtdämpningen bestämmer, som någonsin hjärtats utsträckning. I alla händelser är det endast den

lilla del af hjärtats främre yta, som ej är betäckt af lungan (hufvudsakligen mellersta delen af högra hjärtventrikelns framsida), hvars storlek härmed markeras.

Med det relativa dämpningsområdet, sådant det ofvan beskrefs, markeras en något större del af hjärtats främre yta, särdeles uppåt och utåt sidan, men då dess inre gräns sammanfaller med vänstra sternalranden, kommer altså hela den del af hjärtat, som ligger bakom sternum och till höger om det samma (del af högra hjärtventrikeln och högra förmaket) att ej blifva markeradt.

Kommer härtill, att ej så få förändringar i lungan såsom emfysem, fastväxning af lungan öfver hjärttrakten m. m. försvåra och inkräkta på denna bestämning, liksom den lemnar ett icke obetydligt spelrum för subjektiv uppfattning med hänsyn till stället, där jag vill förklara tonen hafva öfvergått till kort ton och däraf bestämma relativa dämpningens gräns, så inser litet hvar det otillräckliga och onöjaktiga i det alt hittils gängse bestämningssättet. Och söker man med GENDRINska nålarna på lik kontrollera den på bröstkorgen utritade gränsen, så sitta dessa nålar i de flesta fall ej i hjärtgränsen åt vänster utan för långt inåt. Det torde ock sällan lyckas få två undersökare att på samma ställe uppfatta relativa hjärtdämpningens yttre och öfre gräns, om man nämligen fordrar någon större noggrannhet i öfverensstämmelsen. Sådant är förhållandet vid bestämningarna på friska personer, ännu mer framträda de subjektiva olikheterna vid patologiska fall. Många hafva ock erkänt detta och därföre ej velat begagna sig af den relativa hjärtdämpningsbestämningen vid diagnosen utan endast af den absoluta. Andra åter hafva i känslan af det osäkra, som vidlåder dessa bestämningar, såsom de hittils och allmänt utförts, framstält nya undersökningssätt, dels på palpatorisk (*palpationsperkussion*) väg, dels genom att medelst tryck förhindra medsvängningar af angränsande refben och sternum och därmed få fram dämpningsgränsen bestämdare (»SCHOTTs seitwärts abgedämpfte Perkussion») m. fl. Tiden tillåter ej att i historisk följd och i omfattande förklaring och kritik här framdraga alla dessa försök, hvilka jag för öfrigt torde med all rätt böra anse vara allmänt kända.

Sedan åtskilliga år tillbaka har jag försökt att få fram dels tydligare och bestämdare gränser öfver hjärtat, dels sådana, som afgjordt mera än de föregående slöto sig till hjärtats verkliga form, storlek och läge. Detta skedde genom, hvad jag kallat *svag perkussion*, d. v. s. *svagt och likformigt perkussionsanslag*. Jag har närmare framstält de skäl och grunder, hvarpå jag därvid stödt mig, och närmare redogjort för själfva undersökningssättet samt resultaterna däraf i Upsala läkareförenings förhandlingar, bd XXV och bd XXVII under rubriken: Kliniska studier beträffande de perkussoriska förhållandena öfver hjärtat 1:o) under normala förhållanden 2:o) under patologiska — åren 1889—92. Till dessa publikationer måste jag hänvisa den i saken intresserade. På denna korta stund vill jag endast framhålla, att jag anser mig med denna metod kunna utperkutera på bröstkorgens framsida en figur, som, enligt hvad kontrollförsök på lik öfvertygat mig, fullt motsvarar hjärtats främre yta i sin helhet. Jag ber här att få betona, att det är hjärtats

främre yta jag utperkuterar, ej hjärtats hela storlek. Man har förgätit denna skilnad på många håll, där man för öfrigt skänkt mina undersökningar en välvillig uppmärksamhet. Man skall icke begära mera af perkussionsbestämningarna, än hvad de på grund af fysikaliska betingelser kunna lemna. Inverkan af perkussionsanslaget i djupet af de inre organen är begränsadt. Det ligger i tingens egen ordning grundadt, att vi ej kunna utperkutera den största delen af vänstra hjärtventrikeln, liksom diafragmadelen af den högra; det är endast de delar däraf, som bilda hjärtats främre yta, som med någon säkerhet äro tillgängliga. Naturligtvis kan jag äfven utperkutera från axillarområdet och där nedanför i vissa fall en kort ton, som står i sammanhang med ett förstoradt hjärta, men detta hörer ej till hjärtats främre yta. Samma resonnemang gäller om en del af högra hjärtförmaket och största delen af vänstra.

Jag har i de ofvan anförda uppsatserna framhållit, att jag förmedelst *svag perkussion* kan få fram en projektionsfigur å bröstets framsida, som motsvarar utsträckningen af hjärtats främre yta, en figur, som betydligt afviker till storlek och form från den af gammalt erhållna. Till höger om sternum och till vänster därom förlöpa dess gränser i öfverensstämmelse med hjärtats egna. Jag har ock sagt, att jag från denna stora relativa dämpning bättre än på det vanligen använda sättet och säkrare drager mina slutsatser till hjärtats normala eller förstorade form. Sådant ligger i sakens natur, då jag i ena fallet sluter från en dämpning, som endast omfattar en del af hjärtats främre yta, i andra fallet från hela denna yta. Att jag äfven detta oaktadt kan påträffa fall, där främre ytan ej är förstorad, men t. ex. vänstra ventrikeln dock visar en sådan förändring, där jag således äfven med mitt perkussionssätt ej kan utesluta möjligheten af en vänstersidig förstoring trots det, att dämpningsfiguren faller inom den normala storlekens gränser, det bevisar endast, att perkussionssättet ej är fullkomligt, någonting som vidlåder alla våra fysikaliska undersökningsmetoder. Såsom undantag framstå dock dylika fall gentemot de tillfällen, där bestämningen lemnar positift resultat.

Vid mitt framgångssätt blir jag ej häller så beroende af emfysems närvaro, af fastvuxna lungränder m. m. som vid det gamla perkussionssättet.

Man har sagt, att perkussionsbestämningarna i allmänhet sakna en viss objektivitet och äro beroende af den subjektiva uppfattningen. Detta kan ej förnekas. Sättet att perkutera är så olika, och öfningen spelar in i bestämmelsernas korrekthet. Men dylika anmärkningar träffa de flesta af våra undersökningsmetoder. Den öfvade ser med oftalmoskopet mera i ögats botten än en annan, den öfvade känner vid palpationsundersökningen en förändring i organerna bättre än en annan, sak samma vid laryngoskopets användning o. s. v. För min del tror jag, att bästa sättet att lära sig utöfva perkussionen, är att perkutera på kadaver och genom kontrollförsök granska de utritade liniernas öfverensstämmelse med de underliggande organernas gränser. På det sättet bestämmes lättast t. ex. graden af perkussionsanslagets styrka m. m. Hvar och en skall därvid erfara, huru svårt det är att finna t. ex.

gränsen för undre lefverranden utritad på bukens yta i full öfverensstämmelse med dess anatomiska läge. Det kan endast ske genom *svagt* perkussionsanslag. Flere dylika exempel få här förbigås.

Man har ock sagt, att ljuddifferenserna, som iakttagas öfver de olika organerna, ej framträda lika *klart* vid de olika perkussionssätten. Gränsstället skulle märkas klarare, bestämdare vid starkt eller medelstarkt anslag än vid svagt. Äfven här spelar öfningen och vanan in. För min del förnekar jag bestämdt, att något företräde skulle i det hänseendet finnas för det starkare anslaget. Just osäkerheten i resultaten från detta arbetssätt bragte mig öfver till det svaga anslaget förutom den allmänt kända satsen, att mindre förändringar ej med starkt anslag kunna påvisas i följd af ljudens spridning längs bröstkorgens konstituerande delar m. m. En lindrigt kort ton i ena lungspetsen kan ej uppvisas vid starkt anslag, men väl vid svagt; på barn kan ej starkt eller medelstarkt anslag användas o. s. v. Bekant är ock, hurusom den korta tonen öfver relativa hjärtdämpningsområdet ej är i lika grad kort på olika ställen. Ju mer jag från dess yttre eller periferiska gräns närmar mig området för den absoluta dämpningen, desto kortare blir tonen centimeter för centimeter. I detta förhållande ligger en orsak till det kända yttrandet, att det blir alldeles subjektift, hvar jag vill förlägga gränsen. Om jag nu med svagt anslag söker få reda på den mest periferiska punkt, där hjärtat influerar på tonens beskaffenhet, och kontrollförsöken på lik lära mig, att denna punkt verkligen motsvarar en punkt i hjärtats gränslinie, så anser jag, att man med ett sådant framgångssätt i den största möjliga grad undviker eller eliminerar det subjektivas inflytande hos undersökaren, och gränslinien blir kvar. Att härvid jämte ljuduppfattningen äfven resistensförnimmelsen för det perkuterande fingret eller hällre för det finger, som användes som plessimeter, bör få medverka och med fördel uppmärksammas, är likaledes erkändt.

Hvad beträffar ljuddifferensernas tydlighet å det ställe, där den med svagt anslag utritade relativa hjärtdämpningen periferiskt börjar, jämfördt med perkussionsljudet därutanför, så har jag icke kunnat finna den samma sämre än t. ex. vid gränsen af lungspetsen uppåt mot halsen eller vid utperkuterandet i många fall af mjältens gränser. Förnekar man ej möjligheten af att fullt exakt kunna bestämma läget för de förra — och mångfaldiga undersökningar på kadaver hafva öfverbevisat mig om noggrannheten af dessas bestämning — eller för de senare, så synes man mig ock sakna grund för det påståendet, att hjärtdämpningsgränsen, fastställd med svagt anslag, ej skulle vara tillräckligt klar och objektift påvisbar. Fastställandet af lungspetsens öfre gräns, om den skall bli noggrann och korrekt, fordrar öfning, så äfven hjärtgränsernas bestämning. Häri bör dock ej ligga något fel, hvad själfva metoden beträffar.

Vid fortsatta perkussionsbestämningar, rörande olika former af hjärtfel, syntes det mig, att perkussionsfiguren, då jag sökte framkalla hela hjärtats främre yta, bättre motsvarade de storleks- och formförändringar, som de särskilda klaff-felen medföra, än hvad som är förhållandet vid det äldre perkussionssättet. Då mitralis-felen i allmänhet åstadkomma

en öfvervägande förstoring af den högra hjärtventrikeln, framträdde här en figur, som visade en mer tvärliggande oval med utvidgning af höger och mer horisontel ställning af hjärtats basala linie än under normala förhållanden. Vid aorta-fel åter blef figuren mera förlängd i hjärtats längdriktning med en utbuktning åt vänster af vänstra hjärtgränsen. Vid kombinerade hjärtfel och i sammanhang därmed en förstoring af båda hjärthalfvorna erfor figuren motsvarande förändringar. Äfven vid fetthjärta kunde emellanåt en ökad bredd af hjärtat utperkuteras, liknande förhållandet vid mitralis-fel; emfysemet hindrade ej vid flerfaldiga observationer, att hjärtdämpningsfiguren framträdde, en och annan gång med tecken till hjärtförstoring af högra hjärthalfvan. Alltid var jag angelägen att söka genom autopsi kontrollera det funna, där tillfälle till sådan yppade sig. Vid pericarditis antog hjärtdämpningsfiguren en särdeles karakteristisk form och skilde sig i flere afseenden från de andra. På sådant sätt kunde jag bestämma särskilda typer vid de olika hjärtfelen — en omständighet, som man dock missförstått på visst håll. Man har oriktigt tillskrifvit mig den uppfattningen, att jag skulle ansett en hjärtförstoring af högra halfvan erbjuda en olika typ, om den medföljde ett mitralis-fel eller observerades vid fetthjärta eller emfysem. Jag endast omnämner detta. Tiden tillåter ej att närmare påvisa det felaktiga i dessa påståenden. Jag måste ock för tidens korthets skull, som är mig anvisad, hänvisa till mina föregående arbeten och de figurer, som där äro anförda, beträffande de närmare bestämmelserna af de vid hjärtfelen funna dämpningsfigurerna. Vid bestämmandet af två medfödda hjärtfel i högra hjärthalfvan hade jag synnerlig nytta af att aktge på hjärtdämpningsfiguren och dess särskilda form. Ena fallet kom till sektion och finnes jämte fotografisk afteckning post mortem beskrifvet i Upsala läkareförен. förh. bd XXIX, 1894.

Af hvad jag sålunda i all korthet haft äran anföra följer, att ett svagt perkussionsanslag har väsentliga fördelar framför det hittils mest öfvade medelstarka och starka anslaget och hvilar på riktigare fysikaliska principer, att det samma, användt öfver hjärttrakten, lemnar en figur öfver den relativa dämpningen, som betydligt afviker från den äldre, häfdvunna, men i själfva verket ensam motsvarar hjärtats hela främre yta, att den på detta undersökningssätt erhållna perkussionsfiguren tillåter en säkrare slutsats öfver de förändrade storleksförhållanden, som vid olika klaff- och andra hjärtfel framkallas, samt ej omöjliggöres genom emfysematösa eller liknande förändringar af vänstra lungan. (*Originalreferat.*)

Prof. LAACHE (Kristiania): **Om hjärtats perkussion.**

LAACHE går efter Omtale af enkelte historiske Träk af Hjärteperkussionen over til sine egne Undersögelser hos *sunde* Individer med den, som han vilde kalde det, Peterssonske Metode. Angående Detaljerne af disse Undersögelser henvises til vedkommende Afhandling i Festskrift for Professor HEIBERG, Kristiania, 1895, s. 61—78.

Her skal kun framhäves, at de fundne Tal i det Store og Hele stemmer med PETERSSONs på den ene og ISRAEL-ROSENTHALs på den anden Side.

Af de forskellige Mål omtales Tverdiameteren i 4:de Interkostalrum som det vigtigste. Denne var hos Mänd 13 og hos Kvinder 12 Cm. I Sammenligning hermed fandt PETERSSON 14 resp. 13 og ISRAEL-ROSENTHAL 11,5 Cm. At denne Störrelse må väre nogenlunde konstant, framgår også af kontrollerende Undersögelser foretagne af STORM BULL på Rigshospitalets medicinske Afdeling B i Kristiania. Hos 50 Mänd og 40 Kvinder fandt S. B. Breddediameteren i 4:de Interkostalrum 13,23 hos de förste, 12,5 Cm. hos de sidste. De övrige af dennes Mål er fölgende:

I 2:det Interkostalrum 8,64 resp. 8,2, i 3:e I:cr 12,07 resp. 11,51, (i 4:de I:cr s. o.), i 5:te I:cr tilvenstre 9,53 resp. 9,12 Cm. »Tvärmål» 13,84 resp. 12,4 og »Längdemål» 15,53 resp. 14,5 Cm. Grändserne ud mod det luftholdige Lungeväv, uden underliggende Hjärtesubstans, er temmelig skarpe og Tal. kan ikke andet end give sin Tilslutning til det bevingede Ord af ISRAEL-ROSENTHAL, at man, når man kom udenfor, havde en Fornemmelse, som når man plumper ud på Dybet.

På *Syge* har derimod ifölge Talerens Undersögelser Metoden desvärre ikke holdt, hvad den lovede. Navnlig er Udvidelsen af höjre Ventrikel fremdeles vanskelig tilgängelig. Hvad man påviser tilhöjre, er höjre Forkammer, hvorimod höjre Ventrikel ligger nedad, og denne nedre Grändse af Hjärtet ned mod den tympanitiske Underlivslyd har altid väret et slemt Skjär, som man heller ikke nu lykkelig er kommet over.

Den anden Vanskelighed ligger i, at Hypertrofien af venstre Ventrikel t. E. ved Skrumpnyre udvikler sig bagover i Brystkaviteten og derfor ikke lader sig nå fra Brystväggens Overflade. Heraf kan forklares, at Tal. i et Tilfälde af idiopatisk Hjärtehypertrofi kunde finde omtrent normale Grändser, medens Hjärtet ved Obduktionen viste sig at veje 700 Gram. *(Originalreferat.)*

Overläge KL. HANSSEN (Bergen): **Perkussionsforholdene ved Perikardit.**

Det snigende forlöb, som Perikarditen har, såvel den primäre som den sekundäre, i Forbindelse med den Betydning, det har for Behandlingen, navnlig af den primäre Perikardit, at man diagnosticerer Sygdommen så tidlig som muligt, gör det til en betydningsfuld Sag for os i denne Sygdom, at finde Symptomer, der kan sikre os en tidlig Diagnose.

De subjektive Fänomener er uden Betydning i så Henseende; det er alene den fysikalske Undersögelse, som kan före til Målet.

Gnidningslydene er bra nok, når de findes, men ofte, efter min Erfaring meget ofte, findes de ikke, og vi har så kun Påvisningen af en foröget Väskemängde at holde os til.

[Der fremvistes Präparater af Hjärteposer, törrede i udspidet Tilstand; det förste uden forudgående Udvidning, således at det med Hensyn til Form og Störrelse fremböd Billedet af en Perikardialsäk i Begyndelsen af en Perikardit, da Säkken er fyldt med Väske uden endnu

at väre udvidet. Det påvistes, at et sådant Perikardium ikke kan betinge nogen absolut Hjärtedämpning, der afviger fra den normale.

Videre påvistes, at den Del af Säkken, som svarer til selve Hjärtet, hverken i Form eller Störrelse afviger fra den Figur, som man får ved Udperkuttering af Hjärtets virkelige Grenser; hverken Längde eller Tverdiametren viser Mål, som ligger udenfor det normale. Den eneste Forandring er nogen Afrunding af Spidsen, som blir fyldigere og rundere, end den normale Hjärtedämpning viser.

Desto mere afvigende fra denne er derimod den Figur, som fremträder ved Fyldning af den Del af Säkken, som löber opover langs Karerne. Denne Forlängelse sträkker sig helt op til arcus aortæ og omkring Udspringet af de store Halskar, undertiden kan den löbe et Stykke tilvenstre hen under arcus.

En sådan fyldt, men ikke udvidet Hjärtepose består således af to vel adskilte Dele: en nedre — Hjärtedelen — af Form og Störrelse väsentlig som et normalt Hjärte, og en övre Del, som en lang Hals — Kardelen — hvortil der ikke eller kun antydningsvis findes noget tilsvarende ved den normale Hjärtedämpningsfigur.]

Spörgsmålet blir nu, om vi ved Perkussionen kan få et Rids af denne Säks Konturer. Det tror jeg, vi kan ved de forskellige Metoder, som anvendes til at bestemme de absolute Hjärtegrenser (Valget af Metode er uden väsentlig Betydning); mens der nu normalt kun fåes en tvilsom og så utydelig Dämpning over den övre Del af sternum, at den ikke lar sig afgränse, vil selv en meget ringe Förögelse af Perikardialväsken fremkalde en ganske vist let, men dog tydelig og utvilsom Dämpning opover sternum og lidt til Siderne for dette, en Dämpning, som ialfald i liggende Stilling strax fra Begyndelsen räkker helt op under begge claviculæ.

Denne Dämpning — svarende til Perikardiets Hals (Kardelen) — opträder, mens Dämpningen over Hjärtedelen endnu er uforandret, opträder tidligere end Afrundingen af Spidsen og meget tidligere end Begränsningslinierne i den egentlige Hjärtedel viger ud til Siderne, ikke at tale om, at den lar sig påvise tidligere end absolut Dämpning i 2:de icr. — Forandringen af Lever-Hjärtevinklen fra en Spids til en afrundet eller stump Vinkel, som Prof. PETERSSON har angivet som et Tegn på begyndende Effusion, har jeg oftere fundet uden nogen Forögelse af Perikardialväsken.

[Der fremvistes endel Rids i naturlig Störrelse af de Figurer, der var udperkuttert in vivo ved begyndende Perikardit; disses Form svarede fuldständig til Präparatets; der var en Forlängelse opad af Hjärtedämpningen, som gik helt op over manubrium sterni; den höjre Begränsningslinie var som på Präparatet perpendikulär; den venstre viste SIBSONS Vinkel — Gränsen mellem Kardelen og Hjärtedelen. — Ved sterkere Fyldning går Dämpningen tilvenstre längere end normalt udenfor Spidsstödets Plads og gir et mere afrundet nedre venstre Hjörne.]

Dämpningen överst på sternum kan nu enten väre symmetrisk eller usymmetrisk. Dette skyldes vexlende anatomiske Forhold ved Perikardiets Tilheftning til aorta (hvilke närmere påvistes).

[Derefter omtaltes, med Fremvisning af tilsvarende Rids, under hvilke andre Forhold der var påtruffen en lignende Dämpning. I et Tilfälde med uforholdsmässig bred Dämpning over den övre Del af sternum skyldtes denne foruden nogen Effussion i Hjärteposen små Blödninger i begge de tilgränsende Lungerande. I et andet Tilfälde viste Glandelsvulst en Dämpning ovenfor Hjärtet, men den var uregelmässig og nåede ej op til jugulum.]

Hyppigst träffes en lignende Dämpning ved Aortit med Udvidning af aorta, måske findes Dämpningen her oftere end ved Perikardit at väre störst tilhöjre for Midtlinien, men i det enkelte Tilfälde er dette lidet at bygge på. Som ved Perikardit kan Dämpningen også her i enkelte Tilfälde skyde en Forlängelse ud tilvenstre i 1:ste icr., når nemlig Udvidelsen også rammer hele arcus. — I disse Tilfälde vil Patientens Alder, andre Tegn på Arteriosklerose og navnlig Opskydningen af höjre art. subclavia väre Hovedpunkterne ved Differentialdiagnosen.

Hos Börn findes jävnlig over denne Del af sternum en let Dämpning; den er imidlertid asymmetrisk, ligger såvidt jeg har seet altid mest tilvenstre og når aldrig helt op til jugulum. (Der fremvistes en del Rids, udtagne blandt en hel Räkke lignende, optagne af Reserveläge SCHNELLE). Jeg har antaget, at Dämpningen her skyldtes tymus og har i et par Tilfälde ved Obduktionen konstateret, at så var Tilfäldet.

[Under Fremvisning af tilsvarende Rids gjordes dernäst opmärksom på, at Brystkassens Form hos Börn meget let gir en Projektionsfigur af Hjärtet, der er meget större end dette selv.]

Når Exsudatet i Hjärteposen voxer, således at denne ikke blot blir fyldt, men også udvidet, vil den tendere mod at antage Kugleformen; Hjärtedelen udvides meget mere end Kardelen og på dennes Bekostning, således at Halsen, som på det förste Präparat er sterkt fremträdende, blir kortere og kortere og svinder efterhånden ganske.

[Dette demonstrertes ved et andet Präparat, hvor Hjärteposen i 8 Dage havde stået under et sterkt Vandtryk, för den blev törret.]

Svarende til disse Formforandringer af Hjärteposen ändres også Perkussionen. Vi får en fladere forreste Väg, derfor også en större absolut Dämpning. Istedetfor den tidligere perpendikuläre Linie tilhöjre får vi en brudt Linie: överst en kort perpendikulär Linie, nedenfor en Skrålinie ud tilhöjre eller en udad konvex Linie. — Den venstre Grenselinie rykker opad og udad. SIBSONs Vinkel rykker opover, blir mindre fremträdende og udviskes tilslut. Nedad tilvenstre rykker Dämpningen stedse längere ud fra Spidsstödet og udbreder sig i den nedre Del af Axillarpartiet med en övre skrå Begränsningslinie.

Samtidig med denne Hjärteposens Udvidelse tilvenstre blir Perkussionstonen over venstre övre Lungelap kortere med mere eller mindre tympanitisk Präg.

Bagtil opträder en Dämpning over det indre nedre Hjörne af venstre Lunge; den udvider sig udover, forbi Angularlinien og kan nå ud i Axillarpartiet, hvor den möder Dämpningen forfra, så der dannes en eneste sammenhängende Dämpningslinie, der er opad konkav med sit laveste Punkt i bagre Axillarlinie. Jeg har gjort samme Iagttagelse som PIUS, at Dämpningen nedad og bagtil ändres ved Lejeforandring,

navnlig sker dette i Begyndelsen; men selv når den er videre udviklet, påvirkes den ved dyb Inspiration; ligeledes höres under forceret Respiration ren alveolär, omend svækket Åndelyd, mens denne er ophävet under almindelig Respiration; begge Dele Tegn på, at vi her har at göre med en Kompression af Lungevävet, uden samtidig Forskydning som ved et pleuritisk Exsudat. (*Originalreferat.*)

Prof. RIBBING (Lund): Det gläder mig, att denna fråga kommit på tal, ty jag anser den vara mycket viktig icke blott i den medicinska diagnostiken i allmänhet, utan särskildt i den medicinska undervisningen. Ehuru jag väl inser, att frihet och variation i undersökningsmetoder kan vara gagnelig, kan jag dock icke förneka, att en viss uniformitet vid månget tillfälle skulle vara upplysande t. ex. i undersökningsutlåtanden vid lifförsäkringar.

Det synes mig, som skulle vi vid perkussion af hjärtat förfoga öfver icke mindre än fyra metoder, näml. I. den äldre metoden att bestämma endast den absoluta hjärtdämpningsfiguren, II. den likaledes äldre metoden att bestämma äfven den relativa dämpningen, III. den PETERSSONska metoden att medelst en särskild fin och svag perkussion bestämma den senare, och slutligan IV. den afdämpade perkussionen, införd och utbildad af bröderna SCHOTT och senast förordad af d:r STRANDGAARD. Enligt min erfarenhet är metoden I alldeles otillräcklig vid hjärtsjukdomarnas diagnostik. På Lunds medicinska klinik brukas därföre en undersökningsmetod, som närmast är att förlikna med n:r II, ehuru den kanske delvis närmar sig till den PETERSSONska. De tjänstgörande kandidaterna afteckna på ett litografiskt thoraxschema sina observationer med noggrant markerande af absolut och relativ dämpning. Såsom exempel ber jag att få förevisa ett antal sjukhistorier, valda på måfå bland de senare årens, och jag ber att få erinra därom, att mina klinikanter äro nybörjare med allra högst 6 månaders klinisk öfning. Att meddela nödig färdighet i sådan perkussion har icke synts mig svårt. Den afdämpade perkussionen har jag alltid tillfälle att visa, men den begagnas icke i den kliniska sjukdomsbeskrifningen.

Med vår använda metod har jag alt skäl att vara belåten; den angifver med stor trohet de förändringar i storlek, som hjärtfel, perikarditer m. m., såväl med som utan beledsagande förändringar inom andra thoraxorgan, pläga förete. Visserligen angifver en perkussion, sådan som den nämnda, icke storleken af hjärtat med de under lifvet fylda stora kärlen, men sektionerna hafva visat oss, att den sålunda uttagna hjärtdämpningen ganska väl öfverensstämmer med den storlek, som organet företer vid liköppningen. (*Originalreferat.*)

Overläge ISRAEL-ROSENTHAL (Köbenhavn): Han måtte på Grund af den knap tilmålte Tid begränse sig til kun at beröre enkelte Punkter af det foreliggende Ämne, idet han forbeholdt sig ved Lejlighed at komme fyldigere ind på Sagen. Han måtte begynde

med den Erkläring, at han ingenlunde betragtede Perkussionen af Hjärtet som den alene afgörende Undersögelsesmetode for Bedömmelsen af en Patients Tilstand; han vilde f. Ex. i det Öjemed lägge langt mere Vägt på Pulsens Forhold og på den syges Almentilstand. Han vilde dernäst betone, at han ikke trode, at Perkussionen kunde skaffe os Oplysning om ethvert Tilfälde af Dilatation af Hjärtet; särlig de letteste Tilfälde unddrog sig jävnlig denne Explorationsmetode; men han trode på den anden Side, at Perkussionen var et särdeles värdifuldt Led i den fysikalske Undersögelse; og dette galdt efter hans Overbevisning isär de Metoder, der tilsigtede Bestemmelsen af *hele* Hjärtets Störrelse (den afdämpede, den interkostale og den »overfladiske» Perkussion) i Modsätning til de äldre Metoder. Som det sikkert var Forsamlingen bekendt, havde fornylig Dr. STRANDGAARD hävdet en anden Mening, idet han havde sögt at rehabilitere den gamle »relative» Mathed, således som den erholdes ved middelstärk Perkussion, som den bedste Explorationsmetode.

Skönt Overläge I.-R. måtte komplimentere Dr. STR. for flittigt og ihärdigt Arbejde, trode han dog, at han i det väsentlige havde Uret. Dr. STR. havde fremfört en Räkke Anker mod den afdämpede og interkostale Perkussion. Ankerne vare for en stor Del i og for sig berettigede og til Dels allerede berörte af I.-R.; men Dr. STR. overdrev i höj Grad deres Betydning.

Dr. STR. havde således delvis Ret i, at Gränserne for den »totale» Hjärtemathed ikke vare skarpe; men dette galdt kun, når man tog Gränserne så store, at man regnede selv den letteste Grad af Dämpning med; dette havde Dr. STR. gjort, og han havde derfor fået meget store, men også udviskede Gränser. Havde han, som JOSEPH MEYER, ladet sig nöje med mindre Gränser, vilde han også i det store Flertal af Tilfälde have fået *distinkte* Overgange. Det galdt her om ikke at perkutere for fint. Dr. STR's Gränser vare overhovedet de störste af alle Fff.'s, idet han havde en Gennemsnitsbredde af omtrent 15 Cm. ($^1/_4$ under for interkostal, $^1/_4$ over for afdämpet Perkussion), medens JOSEPH MEYER, ISRAEL-ROSENTHAL, LAACHE, PETERSSON (på Lig) havde Tal mellem 11,75—12,86, PETERSSON på levende 13,5, SCHOTT 13—15. STR.'s Tal vare tilmed *Minimumstal*, idet han til forstörrede Hjärter havde medregnet sådanne, der vare Sädet for en moderat Hypertrofi og en meget tvivlsom Dilatation. Som FRÄNTZEL og i den seneste Tid BIERNACKI have fremhävet, give moderate Hypertrofier ikke Anledning til nogen nävnevärdig Forstörrelse af cor og vare derfor ikke tilgängelige for Perkussionen; särlig for venstre Ventrikels Vedkommende vilde f. Ex. en Fortykkelse af Väggen på 1 Cm., som ved venstre Ventrikels Leje bagtil endog projiceredes fortil i perspektivisk Forkortning, ikke kunne erkendes, moderate Dilatationer knap nok. Det var särligt Dilatationerne, specielt af h. atrium, der forögede Hjärtets Bredde; havde Dr. STR. begränset sig til kun at diagnosticere en Hjärteförstörrelse, hvor Hjärtets Breddemål og Orificiernes Mål overskred *Gennemsnitstallet* for Normen, vilde hans Tal for normale Tilfälde väre voxet yderligere. — Dr. STR. sögte også *teoretisk* at begrunde Umuligheden af at få skarpe Hjärtegränser for den totale Mathed. Skönt

I.-R. på Forhånd må reservere sig mod den Slags »Forklaringsforsøg» ved så komplicerede Forhold som de foreliggende, så kunde han ingenlunde indrömme STR., at han havde väret heldig med sine deduktive Beviser fra et Frysesnit af BRAUNE; Snittet var for det förste, sikkert ved et Uheld, gengivet i en ikke korrekt Form; så vel ved venstre som isär ved höjre Gränse var der särdeles gode teoretiske Betingelser for en brat Overgang, idet Fingeren, appliceret indenfor og udenfor den korrekte Gränse, havde Lungelag af ret betydelig Forskellighed i Tykkelse under sig; men dertil kom ydermere, at indenfor den rigtige Gränse sväkkedes Perkussionsslagets Virkning, *idet Svingningerne af Lungen hämmedes;* de ramme nemlig her Hjärtet mere eller mindre perpendikulärt. Udenfor Gränsen nåede de aldeles ikke Hjärtet til höjre og strejfede kun dets bageste Rand tangentialt til venstre (demonstreret på en Tegning).

Dr. STR. syntes at hälde til WEILs Anskuelse om, at det var det svingende Lungelags Tykkelse, der i alt väsentligt bestemte en given Dämpnings Grad. Uden at nägte dette Moments Betydning, måtte I.-R. dog hävde, at WEILs bekendte Forsög på en udtagen Lunge med underskudt Lever ikke vare afgörende for Forholdene i den lukkede thorax; det fremgik allerede deraf, at WEIL ved at lägge Lever under Lungen, vel fik samme Tonehöjde, men ikke en sväkket, derimod en *kraftigere* (»lauter») Lyd; den gamle SKODAske Anskuelse om de lufttomme Organers direkte hämmende Indflydelse på Perkussionsslagets Virkningar havde sikkert sin Gyldighed ved Siden af »Amplituden». — I.-R. skulde i övrigt fremhäve, at BRAUNEs Snit for så vidt ikke var ganske »normalt», som det hidrörte fra et Individ, der havde hängt sig; dette forklarede, at höjre atriums Rand var så rund; hvor Atriet ikke var udspilet, var dets Rand langt skarpere, altså endnu gunstigere for en distinkt Bestemmelse; det var fremfor alt ved Bestemmelsen af höjre atriums Rand, at de nye Metoder vare de äldre overlegne.

Det kunde måske forbavse, at Dr. STR. med sine store Gränser havde fundet de markerende Nåles Stilling korrekt; Forbavselsen fortog sig dog, når man närmere undersögte Dr. STR.'s Markeringsmetode; som det fremgik af hans Bog (se N. m. Ark. f. 1896, Nr. 8, S. 9), var han nemlig tilfreds med Nöjagtigheden, når en i Gränsen indfört Nål ramte Hjärtet helt omme ved bageste Gränse. I.-R. havde altid stillet det Krav, at en Nål for at väre korrekt skulde ramme Hjärte-Tveraxen i dens *distale* Punkt, helst tangentialt: ganske vist kunde dette Krav — ved thoraxs og Hjärtets krummede Overflader — ikke altid ske Fyldest; men så måtte man notere Fejlen, der isär var uundgåelig ved abnormt hvälvet thorax. Trods denne Markeringsmåde havde STR. langt oftere for store end for små Gränser, isär til höjre.

STR.'s Angivelser om, at den »totale» Hjärtemathed gengav Hjärtet i en forvränget og forstörret Udgave, vare — hvad I.-R. i övrigt aldrig havde väret blind for — til Dels berettigede; men STR. overdrev her, til Dels i Henhold til sine store Gränser, denne Faktors Betydning meget; ved höjre Gränse var der, isär i normale Tilfälde, ofte ingen eller kun en ringe Fejl; faldt Dämpningen skråt ind på et hvälvet

Parti, var naturligvis »Forvrängning» og Forstörrelse uundgåelig; men dens Betydning var aldeles ikke unddraget Kontrol helt.

Den af Dr. STR. fundne Forskel mellem interkostal og afdämpet Gränse (STR. fandt den sidste störst) var et Kunstprodukt, fremkaldt ved, at STR. berörte costæ ved den interkostale Perkussion, et Forhold, I.-R. godtgjorde med forskellige Grunde. Når Dr. STR. endelig vilde rehabilitere den gamle relative Mathed på de nyere Metoders Bekostning, så måtte I.-R., idet han ingenlunde nägtede, at man ofte på denne Måde kunde nå gode Resultater, bestemt hävde, at STR. ikke ved sine facta, kritisk belyste, havde godtgjort dette. I.-R. havde derimod ofte haft Lejlighed til at konstatere det modsatte; men Detaljer desangående skulde han ikke her komme ind på, men vilde kun betone, at normale relative Gränser ingenlunde altid respekterede venstre Sternalrand.

I.-R. måtte stadigt hävde som sin Anskuelse, at Bestemmelser af Hjärtets totale Mathed var en Vinding i Sammenligning med den äldre Metode; selv om den ikke altid, isär ikke lige over for lettere Hjärteforstörrelser, gav sikre Resultater, burde den ikke kastes til Side; det bedste var det godes Fjende. Han betonede endelig, at han ganske sluttede sig til de foregående Talere i deres Akcentuering af, at Perkussionen burde väre let og overfladisk. (*Originalreferat.*)

Dr. STRANDGAARD (Köbenhavn) foreslog at anvende Betegnelsen: den *totale* Hjärtedämpning om den Hjärtedämpning, som prätenderer at svare til hele Hjärtets Forflade, hvad enten man til dens Bestemmelse anvender svag, interkostal, afdämpet Perkussion eller andre Metoder, hvorimod Betegnelsen *relativ* Dämpning burde bibeholdes for den grovere relative Dämpning, som findes ved almindelig middelstärk Perkussion og kun når til venstre Sternalrand. Han meddelte kort Resultatet af sine Undersögelser over Hjärtets Perkussionsforhold, idet han angående Detaljer henviste til sit Arbejde herover i Nord. med. Arkiv, 1896. Han fremhävede, at den relative Hjärtedämpning gennemgående havde givet ham lige så god Oplysning om Hjärtets Tilstand som den totale, og at hin endog i enkelte Tilfälde havde ydet bedre diagnostisk Nytte end denne, rimeligvis fordi selve Hjärtet (når man ser bort fra de betydelige Grader af Hjärteforstörrelse, der nästen altid let kan erkändes ved enhver Metode) i mange Tilfälde mindre forstörres i Bredde- og Längdeudsträkning end i Tykkelse, så at Hjärtet presses frem imod Brystväggen. Dette bevirker da, at den relative Dämpning forstörres, uden at den totale Dämpnings Gränser flyttes kendeligt. Imidlertid er det muligt, at man i nogle Tilfälde kan finde det modsatte, nemlig, at den totale Dämpnings Gränser ere flyttede udad, uden at den relative Dämpning er forandret. Man bör derfor helst i Tvivlstilfälde bestemme bägge de nävnte Dämpninger, både den relative og den totale. Det var ikke Talerens Mening helt at bryde Staven over denne sidste, men han vilde blot hävde, at den i det hele og store ikke var synderlig bedre end den relative Dämpning. I det praktiske Liv kom det mere an på at vurdere Perkussionslydens Intensitet i

Präkordiet end at bestemme selve Dämpningens Gränser. Det kom, når alt kom til alt, ikke så meget an på, *hvilken* Metode, man bruger, men på, *hvorledes* man bruger den. (*Originalreferat.*)

Overläge ISRAEL-ROSENTHAL (Köbenhavn) måtte frembäve, at den af Dr. STR. tegnede Thoraxoverflade var abnormt krummet; hans Slutninger galdt ikke normale Brystkasser. Med Hensyn til Dr. STR:s Påstand, at en Hypertrofi alene var erkendelig for Perkussionen, skulde han göre opmärksom på, at FRÄNTZEL, der anvendte almindelig Perkussion, bestemt benägtede dette, når Hypertrofien ikke var excessiv. I övrigt skulde han gärne indrömme Dr. STR., at det ikke alene kom an på Metoden, men også på dens Anvendelse. (*Originalreferat*).

Prof. PETERSSON sammanfattade med några ord den förda diskussionen.

Öfverläkare H. KÖSTER (Göteborg): **Om vänstra hjärtkammarens förhållande vid mitralisfel.**

Åsikterna om vänstra hjärtkammarens förhållande vid mitralisfel växla ännu rätt betydligt. Medan några förf. anse en hypertrofi och dilatation af denna vara nödvändig för en kompensation af en mitralisinsufficiens, anse andra den vara undantag vid detta lidande, och i fråga om stenoserna äro åsikterna lika delade, i det vid detta lidande de flesta förf. anse en förstoring af v. kammaren vara undantag, andra att en atrofi af den samma inträder, andra åter att en hypertrofi är regel.

Förf. vill därför på grund af det rikhaltiga materialet å Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg lemna ett bidrag till frågan utan anspråk att därmed definitift lösa den samma. Endast ett stort kliniskt material kan bidraga härtill; mot enstaka fall kunna alltid berättigade invändningar göras.

Vid bestämmandet af gränserna för vänstra ventrikeln har förf. dels fäst sig vid hjärtspetsstötens läge dels vid den relativa gränsen, bestämd medelst medelstark fingerperkussion. Den absoluta åter har han fäst mindre afseende vid, då den samma beror af lungans utsträckning. Som förstoradt har han ansett hjärtat kunna betraktas, då spetsstöten känts i eller utanför mammillarlinien, och relat. hjärtdämpningen gått till drygt mammillarlinien eller utanför den samma. Dessutom har pulsens beskaffenhet och de auskultatoriska fenomenen fått lemna upplysning om hjärtats förhållande.

Vid bedömandet af föreliggande fråga, som kan ske dels genom kliniskt observerade fall dels genom till sektion komna sådana, kunna emellertid ej alla observerade mitralisfel användas. I fråga om de kliniska fallen måste man som vilkor uppställa den fordran, att hjärtförstoringen ej kan hafva orsakats af eller ökats genom en arterioskleros, en synechia pericardii eller en njurförändring eller vara uttryck för en

s. k. idiopatisk hypertrofi, äfvensom att en förskjutning af hjärtat på grund af processer i bröstkorgen ej egt rum. Vidare måste alla fall hafva observerats i det kompenserade stadiet, emedan i annat fall en dilatation på grund af svaghet af hjärtmuskulaturen kan hafva uppstått och förorsakat hjärtförstoringen. Äfven i fråga om de till sektion komna fallen måste alla ofvan nämnda moment kunna uteslutas, medan åter i fråga om dessa väl alltid kompensationsrubbningar hafva funnits under lifvet på grund af förändring af myokardiet; sådana fall äro dock bevisande.

Under 5 år hafva å nämnda sjukhus observerats i alt 206 fall, i hvilka symptomen under lifvet angåfvo ett fel uteslutande i mitralisvalvlerna. Af dessa måste dock genast af förut nämnda skäl uteslutas de 77, och de återstående fördela sig då på följande sätt: 58 fall af ren insufficiens i mitralis, 21 fall af ren stenos och 50 fall af samtidig stenos och insufficiens.

Hvad först fallen med mitrialisinsufficiens beträffa, konstaterades i 48 sådana en förstoring af v. kammaren, i de 3 bekräftad genom sektionen, och i 10 kunde en dylik ej påvisas.

I de ofvan nämnda 48 fallen fans som regel tecken till en hypertrofi af vänstra kammaren, yttrande sig genom en kraftig, lyftande, ofta utbredd hjärtspetsstöt och kraftig puls, men samtidigt var utvidgningen åt vänster af rätt olika storlek. I de flesta fall låg spetsstöten i mammillarlinien, och hjärtgränsen gick strax utanför; i andra åter (13 fall) var förskjutningen betydligare, varierande från 1 till flere cm.

I regel är således hjärtförstoringen ej så betydlig, och annat var ju ej häller att vänta, någon gång är den äfven betydligare. En granskning af fallen i fråga om ålder, konstitution o. s. v. lemnar emellertid ej någon förklaring till olikheten härutinnan. I allmänhet hafva nog fallen med relativa hjärtgränsen och spetsstöten utom mammillarlinien rätt lång tid haft sitt hjärtfel, men å andra sidan har lika lång tid förflutit i fall, där denna endast nådde mammillarlinien. Anmärkningsvärdt är emellertid, hur kort tid behöfver förflyta, innan nu nämnda hjärtförstoring inträder; i ett par fall har med säkerhet endast några månader förflutit, och det oaktadt låg spetsstöten i mammillarlinien. I alla fall har en akcentuering af 2:a pulmonalistonen konstaterats, och en utvidgning åt h. anmärktes i 21 fall, medan i de öfriga gränsen ej gick utom sternum.

Man kunde invända, att förskjutningen åt vänster kunde vara en följd af en utvidgning af högra kammaren, en åsikt, som framhålles i NIEMEYERs lärobok, enl. hvilken en förskjutning åt v. inträder först vid stark dilatation af högra hjärthalfvan, men frånsedt att fall finnas med akuta mitralisfel på grund af sönderslitning af klaffarnas senor, i hvilka en koncentrisk hypertrofi af högra, en excentrisk af v. ventrikeln funnits vid sektionen (DUNBAR), visa talrika fall af sektioner med betydlig dilatation af h. kammaren och ej kliniskt påvisbar förskjutning åt vänster af hjärtspetsen liksom fallen med stenos, i hvilka, som strax skall visas, som regel en dilatation af högra kammaren förefinnes utan förskjutning åt vänster, att så ej är fallet som regel; de kliniska symptomen tala dessutom bestämdt för, att en verklig hypertrofi föreligger.

De tre sektionsfallen voro följande: 28-årig kv., hjärtfel sedan lång tid, hjärtat förstoradt och utvidgadt, v. kammarens muskulatur 12 mm. mitralisinsufficiens, ingen stenos. — 2) 19-årig kv., 1 år hjärtfel, hjärtat ej betydligt förstoradt, v. kammaren dock något dilaterad, dess muskulatur 13 mm., typisk insufficiens, ej stenos. 3) 55-årig kv., sedan ett par år hjärtfel, båda kamrarna något dilaterade, v. mäter 13 mm., typisk insufficiens, ej stenos.

I alla 3 fallen föreligger altså en hypertrofi jämte lindrig dilatation af v. kammaren, en hypertrofi således trots utvidgning af ventriklarna och således ett säkert bevis för, att vid mitralisinsufficiens en excentrisk hypertrofi kan ega rum.

Gent emot dessa fall kunna ställas 10 fall af kliniskt ren mitralisinsufficiens, i hvilka ingen förstoring af v. kammaren kunde påvisas. Äfven i flere af dem fans kraftig puls, men anmärkningsvärdt nog anmärkes i intet en lyftande hjärtspetsstöt. Konstant var däremot 2:a pulmonalistonen akcentuerad, och i mer än hälften af fallen konstaterades en förstoring åt h. i så måtto, att hjärtgränsen nådde 1—2 cm. utom h. sternalkanten.

Hvad anledningen till denna olikhet beträffar mellan de 2 grupperna af fall, så upplyser ej ett studium af fallen härom. Äfven i de senare fallen hade hjärtfelet varat länge, flere år och mer; äfven i fråga om dem gäller, att det öfvervägande flertalet fall utgjordes af pat. inom samma åldersgrupp som dem med hjärtförstoring; ej häller finnes i fråga om patienternas allmänna kroppskonstitution något moment, som anger en skilnad mellan de 2 grupperna.

Af stenoser hafva rena sådana i kompenseradt stadium observerats till ett antal af 21. I fråga om dem möter man åter ett omvändt förhållande. Endast i 7 fall kunde en förstoring åt v. påvisas, i alla öfriga låg spetsstöten inom mammillarlinien och v. hjärtgränsen nådde endast till strax inom denna linie. I de nämnda 7 fallen var förstoringen emellertid aldrig betydlig i bestämd motsats till förhållandet med mitralisinsufficiens. I alla fall låg spetsstöten aldrig längre ut än i mammillarlinien, endast i 1 tycktes den nå något utom denna. Pulsens förhållande varierade rätt mycket, ofta uppgifves den hafva varit liten och mjuk, i några fall dock kraftig. Endast i 2 fall var spetsstöten något kraftigare än normalt, i alla öfriga visade den intet anmärkningsvärdt; i så godt som alla fall återigen var högra hjärtgränsen förskjuten till h. om sternum och 2:a pulmonalistonen akcentuerad. Dubbelt så många fall visade återigen ej några tecken till hjärtförstoring åt v., men väl fans i det öfvervägande flertalet en sådan åt h. med akcentuering af 2:a pulmonalistonen; pulsens beskaffenhet varierade äfven, än var den liten än var den kraftig. 2 fall kommo till sektion: 1) 22-årig kv., vit. sedan 4 år, särskildt v. hjärtkammaren liten, h. dilaterad, muskulatur h. 5, v. 10 mm., mitralismynning passerbar för en blyertspenna. 2) 22-årig m., 6 år hjärtfel, kolossal hypertrofi af hjärtat, 15 × 12 cm., största förändr. h. kammaren, 9 mm., v. kammaren af vanlig vidd, dess muskulatur 10 mm.; mitralisostiet förträngdt till en knapt 1 cm. lång springa, genom hvilken endast en vanlig knappsond med svårighet kunde föras igenom, vavlerna voro

mycket hårda. I dessa sektionsfall finnes således hvarken hypertrofi eller dilatation af v. ventrikeln, men å andra sidan kan man ej häller tala om en direkt atrofi af dess vägg.

Hvarför nu i ena fallet en lindrig hypertrofi, i det öfvervägande flertalet ej en sådan utbildas, därom lemna ej häller här de kliniska data någon upplysning, då de samma äro identiska i fråga om de 2 grupperna. Kan möjligen i de förra en insufficiens hafva funnits, fastän den kliniskt ej kunnat påvisas?

Slutligen några ord om de fall, i hvilka samtidigt en stenos och insufficiens kunnat konstateras i kompenseradt stadium. Sådana finnas 47, af hvilka de 9 ej visat någon förstoring åt v. Dessa anföras egentligen endast för fullständighetens skull, då några säkra slutsatser ej kunna dragas af de endast kliniskt observerade fallen. Man kunde ju nämligen föreställa sig, att olikheten mellan fallen kunde bero på, att insufficiensen resp. stenosen vore öfvervägande, men den kliniska observationen lemnar ej något säkert svar å, huru härmed förhåller sig.

Endast 3 sektionsfall må här anföras, då de till en viss grad kunna bekräfta det förut omnämnda förhållandet i fråga om vänstra hjärtkammaren vid de olika mitralisfelen. 1) 40-årig kv., hjärtfel sedan barndomen, hjärta 11 × 12 cm., h. kammaren förstorad, hjärtspetsen bildas till största delen af densamma, 5 mm., v. kammaren möjligen något stor, 11 mm.; mitralisvalvlerna förkalkade, senträdar förkortade, valvlerna bilda en tratt inåt kammaren med styfva orörliga väggar, öppningen knappt blyertspennetjock.

2) 35-årig kv., flere år vit., hjärtat något förstoradt, v. kammaren 21 mm., ostiet pekfingerstort.

3) 17-årig kv., 6—7 år vit.; betydlig hypertrofi och dilatation af h. kammaren, v. mindre än normalt, h. 6 mm. v. 11 mm., mitralisvalvler hopväxta, förtjockade men ej rigida, förkortade papillarträdar, ostiet ej lillfingerstort.

I fall 3, där stenosen tydligen var mest framträdande, angifves uttryckligen, att v. kammaren var liten, men ej atrofisk, i fall 1 och 2, där det är omöjligt att afgöra, om stenosen eller insufficiensen öfvervägde, finnes öfvervägande h., möjligen äfven v. kammaren förstorad med något hypertrofisk vägg.

Förf. sammanfattar sin uppfattning därhän, att vid mitralisinsufficiens som regel v. kammaren dilateras och muskulaturen blir hypertrofisk, vid stenoserna åter denna kammare förblir relatift oförändrad; en tydlig atrofi af denna kammare vid sist nämnda hjärtfel hade han icke haft tillfälle observera. (*Originalreferat.*)

Prof. EDGREN (Stockholm): **Om de akcidentela blåsljuden öfver hjärtat.**

Vid auskultation af hjärttrakten iakttagas hjärttoner, gnidningsljud och blåsljud. Det är om dessa senare, som jag tänker inför denna ärade församling yttra några ord.

Redan LAËNNEÇ fäste uppmärksamheten på blåsljuden och ansåg dem till att börja med hafva hög diagnostisk betydelse. Men en mera

vidgad erfarenhet hade sedermera lärt honom, att blåsljud kunna förekomma under lifvet, utan att vid sektionen någon förändring i hjärtats mynningar eller valvler förefinnes, och likaså hade han träffat på förändringar vid obduktionen, som ej gifvit sig tillkänna under lifvet medelst blåsljud, såsom man kunde hafva väntat. Han förmåddes därföre att fråukänna blåsljuden snart sagdt hvarje diagnostisk betydelse.

Sedan man emellertid närmare studerat de hydrauliska förhållandena vid insufficienser och stenoser, lärde man känna de fysikaliska betingelserna för uppkomsten af blåsljud och uppskattade med rätta deras diagnostiska betydelse.

Under årens lopp fann man emellertid alt emellanåt, att patologiska förändringar i mynningar och valvelapparater saknades, fastän tydliga blåsljud under lifvet konstaterats. En del af dessa blåsljud måste tillskrifvas relativa insufficienser och stenoser. En relativ insufficiens uppstår, om mynningen så vidgas, att valvlerna ehuru friska ej kunna sluta fullständigt, eller om ventriklarna så dilateras, att papillarmusklerna blifva för korta och hindra valvlernas tillslutning. En relativ stenos i atrio-ventrikularmynningar uppstår, om ventrikeln så dilateras, att den normala mynningen är relatift för trång för den vidgade ventrikeln; i aortamynningen, om aorta utvidgas betydligt och aortamynningen bibehåller sin normala vidd.

Att en relativ insufficiens i trikuspidalis-valveln ofta förekommer, är en erfarenhet, som hvarje kliniker gjort; äfven en relativ insufficiens i mitralismynningen anser jag icke så sällan kunna konstateras, likaså torde den relativa aorta-insufficiensen icke kunna förnekas, och relativ stenos i aortamynningen torde alt emellanåt förklara det systoliska blåsljud, som så ofta höres i andra högra refbensmellanrummet vid sternum hos patienter med ateromatös degeneration af aorta. Men helt säkert äro hjärtat och aorta mer eller mindre patologiskt förändrade i alla de fall, i hvilka relativa stenoser eller insufficienser existera. Ett friskt hjärta eller en normal aorta kan ej så dilateras, att relativ insufficiens eller stenos uppstå. De vid relativa insufficienser och stenoser förekommande blåsljuden beteckna sålunda en organisk hjärt- eller kärlsjukdom lika väl som de blåsljud, som uppstå vid de af endokarditiska och degenerativa processer orsakade valvel- och mynningsfelen.

Men det gifves en annan grupp af blåsljud, som ingalunda beteckna någon förändring i hjärtats valvler eller mynningar. Dessa blåsljud hafva i motsats till de förut omnämnda blifvit kallade oorganiska, anemiska, akcidentela, extrakardiala eller kardiopulmonala. För att ingenting må prejudiceras rörande deras uppkomstsätt, synes mig åtminstone tils vidare benämningen akcidentela vara att föredraga. Då dessa blåsljud i akustiskt hänseende nästan fullkomligt likna de organiska, är det ingalunda lätt för den praktiske läkaren att säkert igenkänna dem i hvarje specielt fall; men vikten af att kunna göra detta ligger i öppen dag; i ena fallet har man att göra med en svår och oftast obotlig sjukdom, i andra fallet knappast med någon sjukdom als.

Jag har sedan flere år med stort intresse studerat de akcidentela blåsljuden på det rikhaltiga material, som Serafimerlasarettet i Stockholm erbjuder, samt i min enskilda praxis äfven haft tillfälle att göra

ett och annat rön i denna fråga. Det är resultatet af dessa undersökningar, som jag nu går att i korthet meddela.

Det må då först medgifvas, att något patognomoniskt tecken, hvarigenom de akcidentela blåsljuden med fullständig säkerhet kunna skiljas från de organiska, ingalunda existerar. Det är först på grund af en noggrann och omfattande undersökning af sjukdomsfallet i sin helhet jämte ofta en fortsatt observation under längre eller kortare tid, som man kan komma till ett bestämdt resultat. De viktigaste moment, som härvid komma i betraktande, äro följande:

1. De akcidentela blåsljuden förekomma vanligen hos yngre personer, särskildt hos sådane, som förete en viss grad af nervositet, hos anemiska och klorotiska patienter med gracilt bygd bröstkorg. Hos emphysematici äro de, så vidt jag kunnat finna, mycket sällsynta. Om ett blåsljud förekommer hos en äldre person, bör man noga forska efter arterioskleros. Sannolikheten, att blåsljudet är organiskt, är ganska stor.

2. Alla andra tecken på en hjärtsjukdom måste fullständigt saknas. Vid akuta infektionssjukdomar, särskildt vid den akuta ledgångsreumatismen, konstateras mycket ofta en dilatation af hjärtat. Under sådana förhållanden torde det vara lämpligast att afvakta denna dilatations försvinnande, innan ett eventuelt blåsljud förklaras vara akcidentelt.

Akcidentela blåsljud förekomma emellertid alt emellanåt tillsammans med organiska. Uti dylika fall löper man fara att låta förleda sig till diagnosen af ett kompliceradt hjärtfel.

3. De akcidentela blåsljuden hafva sin punctum maximum oftast vid hjärtats vänstra gräns i II, III och IV refbensinterstitiet samt omkring hjärtspetsen. Äfven öfver högra hjärtgränsen, särskildt öfver auskultationsstället för aorta-mynningen, finner man dem ej så sällan.

4. De äro i det stora flertalet fall systoliska, men äfven diastoliska hafva observerats. Ofta upptaga de endast en del af systole eller diastole; detta anser POTAIN vara ett mycket karakteristiskt tecken.

5. De akcidentela blåsljuden äro i allmänhet mjuka. Dock finner man rätt ofta det blåsljud, som har sin punctum maximum i II interkostalrummet vid vänstra sternalkanten, ganska sträft, och kan det ibland mycket likna ett gnidningsljud eller ett sackaderadt respirationsljud.

6. De akcidentela blåsljuden äro i hög grad föränderliga. Denna egenskap anser jag vara ytterst viktig för deras igenkännande. Föränderligheten består dels däruti, att de komma och försvinna från den ena dagen till den andra, dels däruti att deras punctum maximum ändrar läge, dels däruti att ändringar i kroppsställning och modifikationer af respirationen i hög grad influera på deras intensitet och kvalitet. Enligt min erfarenhet höras de tydligast i liggande ställning och vid djup exspiration, mindre tydligt i sittande och minst tydligt i stående ställning och vid djup inspiration. I de allra flesta fall försvinna de fullständigt, om personen är i stående ställning och samtidigt gör en djup inspiration. Emellertid ange andra iakttagare, att de tilltaga i styrka vid inspiration och aftaga vid exspiration, hvilket jag kunnat konstatera i ett fall. Det väsendtliga är sålunda föränderligheten.

7. De akcidentela blåsljuden höras ytligt, tätt under örat och deras utbredningsarea är ringa; de utbreda sig ej i blodströmmens riktning såsom de organiska. De kunna dock ibland vara hörbara på en ganska stor yta, särskildt de vid basen befintliga blåsljuden. Däremot hör man aldrig ett akcidentelt blåsljud på bröstkorgens baksida, såsom ofta är händelsen med de organiska.

Det är sålunda endast genom ett omsorgsfullt studium af blåsljudens akustiska karakterer, deras lokalisation och rytm samt de olika omständigheter, som inverka på dem, jämte en noggrann undersökning af det speciela fallet i alla afseenden och en ofta under längre tid fortsatt observation, hvarigenom det blir möjligt att komma till ett säkert resultat. *(Originalreferat.)*

Prof. RIBBING (Lund): »**Kan man diagnostiskt urskilja hjärtfel, vållade af öfveransträngning, och liknande sjukdomar, vållade af kronisk endokardit?**»

En prosektor i patologi, som under längre tid arbetar vid ett större sjukhus eller en medicinsk klinik, kan icke undgå att göra den observationen, att den patologisk-anatomiska diagnosen uti en stor mängd fall — låtom oss säga ungefär hälften — icke öfverensstämmer med den kliniska. Denna brist på öfverensstämmelse härleder sig icke från någon felaktighet uti läran om valvelfelens diagnostiska kännemärken, hvilken lära hör till de mest rediga och bevisande, vi ega inom den medicinska semiotiken, den härleder sig däremot ofta från den omständigheten, att hjärtfelspatienten ofta först i sitt allra sista sjukdomsstadium kommer till klinikerns undersökning. Då hafva i många fall sekundära förändringar inträffat i hjärtats muskulatur och innervation, och dessa störa jämnheten och regelbundenheten i de auskultatoriska fenomenen. Jag erinrar härvid om det ganska vanliga faktum, att en hjärtfelspatient vid sin ankomst till sjukhuset företer ett delirium cordis med fullständig omöjlighet att urskilja de olika valvlernas och mynningarnas mer eller mindre abnorma tillstånd. Efter några dagars stillaliggande och digitalisbruk har en sådan patients hjärta ofta kommit i ett tillstånd, som tillåter en riktigare diagnos.

I det stora hela skulle man nog finna diagnoserna intra vitam bättre bekräftade vid sektionerna, om hjärfelspatienterna blifvit undersökta icke blott under den sista tiden af sin lefnad utan äfven vid sjukdomens uppkomst, under fullständig kompensation o. s. v.

En annan orsak till ofullständig eller felaktig diagnos ligger däri, att läran om endokardit såsom orsak till hjärtfel alt för mycket behärskar sinnena. Det var nog en mycket stor tjänst, som BOUILLAUD och hans skola gjorde den medicinska vetenskapen, då de påpekade hjärtfelens sammanhang med reumatisk feber och endokardit. Men denna observation har intagit en alt för stor plats och kommit vetenskapen att förbise andra orsaker till hjärtfel. Det lider intet tvifvel, att hjärtfelen kunna utbilda sig på tvänne, hvarandra motsatta vägar. I den ena gruppen börjas det med en endokardit, som förändrar valvler och mynningar, och som sedan förer till rubbningar i muskelväf, i

innervation m. m. I den andra gruppen börjas det med förändringar i muskulaturen, och i sammanhang därmed utbilda sig rubbningar i innervationen och i valvlernas verksamhet. Den senare gruppen har rätt länge varit känd i samband med kroniska förgiftningssjukdomar, (t. ex. alkoholism), infektösa lidanden m. m., men jag önskade leda uppmärksamheten på de fall, där orsaken ligger i öfveransträngning af muskelsystemet. Man har på senare tiden börjat att återupptaga och utbilda den någon tid undanskjutna läran om fysisk öfveransträngning såsom orsak till hjärtfel. PEACOCK och CLIFFORD ALBUTT hafva meddelat sina rön hos grufarbetare, DA COSTA hos soldater under amerikanska inbördeskriget, J. SEITZ, THURN och CURSCHMANN hafva meddelat liknande fall och O. FRÄNTZEL har studerat frågan i dess sammanhang med krigsstrapatserna från Tysklands sista fälttåg. Ur den rika literaturen kan man äfven anföra MUNZINGERs afhandling »Das Tübinger Herz» m. fl.

Alldeles utan motsägelse hafva dessa dock icke fått framställa sina åsikter. SCHRÖTTER, E. SEITZ i Tyskland, SPILLMAN, BERNHEIM i Frankrike hafva på olika grunder menat, att öfveransträngning icke har någon större rol i hjärtfelens etiologi.

På senare tider hafva dock talmännen för detta samband blifvit alt talrikare. LEYDEN finner det bekräftadt från iakttagelser i såväl enskild som klinisk praxis. BOLLINGER, KREHL, FREY och flere andra författare äro af samma åsikt. Naturligtvis måste man erinra sig, att ett ymnigare bruk och missbruk af alkohol och tobak kunna bidraga till resultatet, att infektionssjukdomar kunna spela in m. m.; alla oklara fall måste uteslutas, när man skall sträfva efter upplysningar i denna sak. Likaledes måste man icke nöja sig med en obestämd uppgift om, att vederbörande patient varit kroppsligen »öfveransträngd», utan noggrant bestämma arten och graden däraf. I ett af mina fall hade pat. under en längre följd af år vefvat drifhjulet i ett ullspinneri, i ett annat hade han redan vid 10 års ålder börjat arbeta i ett tegelbruk.

Om jag skulle söka bestämma symptomen i ett fall af hjärtfel beroende på öfveransträngning, så blefve beskrifningen ungefär följande:

Pat. är ung eller af medelåldern. Tecken till rubbad cirkulation visa sig i andfåddhet, cyanos, smärre ödemer. Hjärtverksamheten är ojämn, ofta ombytlig, stundom långsam, stundom påskyndad. Öfver hjärtat kan man ej sällan genom palpation och auskultation konstatera sammandragningar, som ej gifva sig tillkänna genom någon radialispulsvåg. Hjärtat är förstoradt, mest på bredden; hjärttonerna dofva eller ersatta af blåsljud, hvilka oftast hålla sig till mitralisvalveln. I några fall antyda dessa ljud en stenos, i andra en insufficiens. I många fall äro ljuden als icke konstanta utan växla från tid till annan. Sfygmografen visar betydliga förändringar i pulskurvans form, såsom svag elevation, långsam sjunkning, ojämnheter m. m. I det hela karakteriseras fallen genom brist på parallelism mellan blåsljudens styrka och de öfriga tecknen till hjärtats angripna tillstånd. Ehuru jag icke kan anse differentialdiagnosen alltid lätt och fullständig, har jag dock velat till kollegernas begrundande och iakttagelser framställa dessa observa-

tioner, emedan de, om de bekräftas, måste medföra vissa förändringar i dylika falls hygien och terapi, samt kanske i ett och annat mana till sociala reformer i en och annan detalj. (*Originalreferat.*)

Dr. L. ANDRESEN (Charlottenlund) gjorde i Anledning af Overläge KÖSTERs Foredrag opmärksom på, at han på Basis af talrige Undersögelser på Lig og levende havde fundet, at Udvidelsen af Hjärtedämpningens Gränse til venstre, med samtidig Forögelse af ictus, ikke i Almindelighed måtte tolkes som en Forstörrelse af venstre Ventrikel, men at den tvärtimod som oftest skyldtes en Forstörrelse af höjre Ventrikel. Forögelsen af Hjärtedämpningen til höjre skyldes nästen altid Dilatation af höjre atrium, medens höjre Ventrikel i Fölge sin topografiske Beliggenhed kun kan udvide sig til venstre. Han fandt ligesom Prof. LAACHE, at venstre Ventrikel väsentligst udvider sig bagtil, så at den ikke uden i de excessive Grader kunde påvises ved Perkussion. Man kunde derfor ikke *alene* af det forstärkede ictus og den Omständighed, at Dämpningsgränsen er udvidet til venstre, slutte noget om venstre Ventrikels Störrelse; men han mente, at man, som af FRÄNTZEL fremhävet, for Diagnosen af en Hypertrofi af venstre Ventrikel måtte fordre en Akcentuation af 2:den Aortalyd. (*Originalreferat.*)

Overläge ISRAEL-ROSENTHAL (Köbenhavn).

Det havde interesseret I.-R. meget at höre Prof. EDGRENs Angivelser om, at de akcidentelle systoliske Mislyd, särlig langs venstre Sternalrand, bleve stärkt svÄkkede under dyb Inspiration; han havde selv gjort samme Iagttagelse, der talte for Rigtigheden af POTAINs Anskuelse om disse Lyds respiratoriske Oprindelse.

I.-R. vilde spörge Dr. KÖSTER, om han ikke trode, at den Hypertrofi af venstre Ventrikel, som man hyppigt fandt ved Mitralinsufficiens, for en väsentlig Del skyldtes den forögede Opgave, som denne Klappefejl stillede netop til dette Hjärteafsnit; for at kompensere Klappefejlen måtte jo venstre Ventrikel ikke alene befordre en »normal» Blodmängde ud i det store Kredslöb, men också en regurgiterende Blodmängde op i Atriet.

I.-R. var noget skeptisk overfor de af Prof. RIBBING omtalte *primäre* Hjärteudvidelser ved *kronisk* Overansträngelse. HAMPELN har jo vist, at strängt arbejdende Individer, når der ikke foreligger Potenser, der påvirke Myokardiet ad toxisk eller infektiös Vej, vel få en Hypertrofi, men ingen Dilatation af cor; med andre Ord, de få ingen Hjärtetilfälde. Ophörer det stränge Arbejde, så vender efter H:s Erfaringer Myokardiet tilbage til sin normale Tykkelse. Kunde der ikke i Prof. RIBBINGs Tilfälde väre overset en let Infektion, som f. Ex. en angina, en influenza? (*Originalreferat.*)

Öfverläkare KÖSTER (Göteborg).

Den af d:r ANDRESEN framstälda invändningen skulle jag låta gälla, om blott kliniskt observerade fall legat till grund för min uppfattning.

Men förstoringen af vänstra ventrikeln är bekräftad genom sektioner ej blott af mig utan äfven af andra, och jag vill blott påpeka, hvad jag i mitt föredrag omnämnde, att man funnit fall af akuta mitralisinsufficienser på grund af ruptur af senträdar, i hvilka sektionen visade en tydlig excentrisk hypertrofi af v. kammaren, och att vidare som regel en förstoring åt höger af hjärtat observerats vid stenoser, utan att därför en förskjutning inträffat åt vänster; dessa fakta synas mig göra det sannolikt, att den vid mitralisinsufficienser observerade förskjutningen åt vänster af hjärtspetsstöten endast i mindretalet fall kan tillskrifvas en förstoring af h. ventrikeln. I fråga om den af Overläge ISRAEL-ROSENTHAL framstälda förklaringen vill jag blott nämna, att tiden ej tillät mig ingå på de olika hypoteserna, men att den af honom omnämnda teorien lifligt förfäktas af RIEGEL. Grava invändningar kunna dock göras äfven mot dess giltighet för alla fall. (*Originalreferat.*)

I diskussionen yttrade sig dessutom prof. RIBBING och d:r SCHMIDT-STORJOHANN.

Docent A. LEVERTIN (Stockholm): **Om kolsyrebadet och dess indikationer.**

För de läsare, som känna förf:s föregående uppsatser härom uti Hygiea, referera vi endast här det nya, som ofvan stående föredrag innehöll:

Förf. genomgick i korthet badets fysikaliska förhållande och betonade ännu kraftigare dess *härdande betydelse*, då erfarenheten lärt oss, att man i dylika bad af så låg temperatur som 30°, 28°—26° C. kunde utan fara uppehålla sig en 15 à 20 minuters tid.

Badets karakter berodde på den i det samma befintliga fria kolsyran, och förevisade förf. en enkel apparat, konstruerad af d:r STIFFLER i Stehen, afsedd till att helt hastigt kunna få ett begrepp om huru stor volymproc. af kolsyra, som förefans i badet.

Denna apparat är fabricerad af instrumentmakare A. TREFFURTH i Ilmenau och utgöres af en 25 cm. lång glascylinder, vid mynningen 3 cm. vid, nedåt afsmalnande uti en pip. På yttersidan af cylindern finnes en skala, graderad från 0 till 100. Inuti den vidare cylindern är ett mindre glasrör anbringadt, hvarigenom öfverskottet af vätska kan bortrinna.

Apparaten neddoppas uti badvätskan, och öfverskjutande vätska får afrinna i jämnhöjd med nollbeteckningen å skalan.

Cylinderns ofvanöppning tillslutes med den ena handen, och den pipformiga sättes emot den andra, några skakande rörelser utföras nu, hvarvid man förmärker en stark utveckling af gas och en förändring af vattenståndet, som man genast afläser på skalan, och som uttrycker aproximatift vätskans halt af fri kolsyra.

Denna enkla apparat lärer mycket berömmas af prof. LIEBREICH i Berlin, som anser den praktisk och till sitt ändamål fullt brukbar.

Förf. redogjorde sedan för sätten att på konstgjord väg frambringa en kolsyrehalt i badvattnet.

Det enklaste blir att framställa denna genom att lösa bicarb. natricus uti acid. hydrochlor. crud., och hänvisade förf. till den formel, han uppstält för 3 sådana slags bad: ett svagt, ett mellanstarkt och ett starkt (Hygiea 1894, s. 387).

En metod, som på senare tiden brukats, är att till detta syfte begagna apotekaren d:r ERNST SANDOWs saltblandningar, hvilka äfven förevisades. Uti en trälåda förvaras 4 påsar, innehållande ett tvåfaldt kolsyradt salt, antagligen natron, samt 8 saltkakor, som enligt uppgift skola innehålla *natrium bisulfit.* Badet beredes på följande sätt: uti badvätskan löses först bikarbonatet 8 à 10 minuter; innan den badande nedstiger i karet, placeras på dess botten dessa saltkakor på olika ställen.

Uti badet beslås huden genast med gasblåsor; under hela badtiden förmärkes en svagare kolsyreutveckling. Någon vidare retning på huden från dessa saltkakor kan man ej förmärka, ehuru de alldeles beröra hudytan. Badet kändes för förf:s uppfattning mycket varmare än vid det vanliga beredningssättet, och syntes enligt de få försök, som anstälts, hålla mindre volumproc. kolsyra än vid det *starka badet.* Afgjordt blir denna metod ej billigare än den förut nämnda; saltblandningen kostar hos oss 1,50, hvartill kommer kostnad för koksalt och klorcalcium, den kan ej så lätt doseras o. s. v.

Apotekare QVAGLIO i Berlin har till samma syfte konstruerat ett glasrör, hvars mynningar uppåt och nedåt tillslutas med proppar. Detta rör innehåller saltsyra. Det medtages i badet och placeras på karets botten, propparna uttagas nu af den badande, saltsyran sönderdelar då det i vätskan förut upplösta bikarbonatet. Nutidens mest praktiska metod och den enda, som lönar sig vid dess administrering i större skala, blifver, enligt förf:s mening, att bereda kolsyrebad genom att uti badvätskan impregnera flytande kolsyra från de i handeln så bekanta järncylindrarna, som förvara denna gas i flytande form under ett ganska högt tryck.

Kolsyran i denna form kan ej direkt från järncylindern införas uti badet. Två system att till baden betjäna sig af kolsyra i denna form voro hitintils kända, och båda grundade sig på metoder, som man länge användt inom mineralvattensfabrikationen. Det ena var det LIPPERTska, där man medels en fläkt inpiskade kolsyran i badvattnet. Uti en större järnbehållare, hvilken brukar benämnas »saturatören», och som rymde omkring 240 liter, impregnerades genom denna fläkt under ett tryck af omkring 4 atmosf. badvattnet med kolsyran. Apparaten var dyrbar, kostade 3 à 4000 mark, den tog stor plats, den hade en dyrbar driftkostnad för att sköta fläkten, och hvarje bad fordrade för sin tillredning 20 minuter.

Det andra systemet, patenteradt under namn af KELLERs i Tyskland, F. LÜTZ' i Schweiz, eller kändt hos oss som Svenska kolsyreindustriaktiebolagets apparat, erbjöd enormt större fördelar än det LIPPERTska.

Den blandade kolsyran från cylindern, hvars tryck genom anbringade ventiler reduceras, på *automatiskt sätt* med badvätskan. Apparaten kräfde ej större yta för sin uppställning än en kvadratmeter samt en

höjd i rummet af 3 meter. Den fordrar för sitt arbete ett vattentryck af 2 atmosferer, som man antingen anordnar medelst en tryckpump eller genom att placera en vattencistern på 10 meters höjd ofvan apparatens krön. Till badet beräknas åtgå 1/3 till 1/2 kilo flyt. kolsyra och denna levereras från vår svenska fabrik på Löfholmen till 60 öre per kilo. En apparat efter KELLERska systemet hade förf. anskaffat till Stockholms badinrättning; dylika efter sv. kolsyrefabrikens modell finnas nu uppstälda vid Ramlösa, i Helsingborgs varmbadhus samt vid Lannaskeda brunn. Den KELLERska apparaten kostar 1750 mark i Dresden utan frakt och emballage; den svenska apparaten kostar 1069 kronor fritt från Löfholmen. Som förf. varit i tillfälle att pröfva bad, gifna med båda apparaterna, kunde han försäkra, att ingen olikhet förefinnes emellan dessa båda aparaters verkan. Vidare meddelades ett par undersökningar rörande badets kolsyrehalt, som verkstälts i Stockholms badinrättning af assistenten vid farmaceutiska institutet, apotekare AHLBERG. Till badet begagnades här 150 liter vattenledningsvatten af + 7° C. samt 120 liter varmt vatten af + 68° C.

Vattenledningsvattnet impregnerades med kolsyran vid ett tryck af 1 atm. och blandades i tilloppsröret med det varma vattnet. Analysen utfördes dels å vatten, som togs i karets midt strax efter badets iordningsställande, dels med vatten, som uppsamlades 20 min. härefter. Den första analysen visade en halt af 763 kubc. kolsyra på hvarje liter badvatten och den andra visade 737 kubc. Medelst den ventilinrättning, som medföljer apparaten, kan kolsyran doseras efter behag, genom att ej afstänga vattnet efter badvattnets impregnerande skulle man kunna åstadkomma ett s. k. sprudelbad, där ständigt nytt kolsyrehaltigt vatten tillfördes.

Förf. betonade vikten af, att dylika apparater uppsattes på våra kliniska sjukvårdsanstalter, ty först då vore det möjligt att säkert kunna bestämma badets indikationer vid olika hjärtlidanden.

Att de värkade vore ett faktum, som ej kunde förnekas, ej ens af de mest tviflande; en annan fråga vore, på hvad sätt de värkade, och vid hvilka former denna verkan tedde sig kraftigast. Det är hjärttonicum af kraftigt slag, men har äfven i vissa fall ett lugnande inflytande. Förf. påpekade äfven, att den meddelade kasuistiken ofta ej omfattade fullt rena fall, ity att en stor del andra kurfaktorer medvärkade, ingalunda af indifferent betydelse: såsom diet, hvila från så väl ansträngande själs- som kroppsarbete, sjukgymnastik, s. k. terrängkur, samt äfven medikal behandling. Uti berättelser från Nauheim meddelas, att kurerna där ibland kommit ödemen att försvinna, hjärtklappning och dyspnén att minskas; detta hör dock ej till regeln. Sådana resultat vinna vi äfven med sjukgymnastisk behandling, hvilket vi mången gång kunnat konstatera.

Förf. påpekade kolsyrebadens gynsamma invärkan vid många nervlidanden t. ex. nevrastenin, där man får betrakta dem som en förberedelsekur till en mera ingripande vattenbehandling, och han resumerade slutligen i några drag en nyligen utkommen uppsats »Über die Wirkung der Kohlensäure auf das sexuelle System» af d:r SCHUSTER. Värksammast höll han före, att dessa bad värkade vid neurasthenia sexualis,

nervös impotens o. s. v.; härom hade vi i vårt land ingen speciel erfarenhet. (*Originalreferat.*)

Prof. GRAM (Köbenhavn).

Da doc. LEVERTIN har udtalt Önsket om, at der på de medicinske Kliniker blev anstillet Forsög med Kulsyrebade for närmere at fastslå Indikationerne, skal jeg göre opmärksom på, at, da de hidtil anvendte kunstige Kulsyrebade ere uheldige og de nyeste Apparater efter Dr. L's Opgivelse ere meget dyre (over 1000 Kr.), bör man efter min Mening vänte lidt med Anskaffelsen. Nyere Undersögelser have nemlig vist, at oplöselige Salte af Calciumgruppen, särlig Barytsaltene, have ejendommelige Virkninger på Hjärte og Kar, som i meget ligne Digitalisvirkning, og desuden viser Chlorbaryum i 5—10 % Oplösninger (eller Salve) stärk lokal karkontraherende Virkninger. Det er derfor en Mulighed, at det väsentlig er Saltene, der virke ved Nauheimbadene, og i den Retning undersöger jeg for Tiden Chlorcalcium og Chlorbaryum. Personlig har jeg aldrig väret i Stand til at forstå Kulsyrens Virkning, medens jeg ikke tvivler om Nauheimbadenes forträffelige Virkninger i visse Tilfälde af Hjärtesygdom. (*Originalreferat.*)

Overläge ISRAEL-ROSENTHAL (Köbenhavn.)

Havde med megen Interesse hört Prof. G:s Meddelelse. Hans ikke ganske ringe Erfaring havde på den ene Side vist ham den utvivlsomme Virkning af salinske Bade uden Kulsyre; på den anden Side måtte han rigtig nok hävde, at Kulsyren i hans Händer havde udfoldet en langt kraftigere Virkning, der i övrigt manifesterede sig ved en stärk *Dilatation* af de perifere Kar, altså en ikke med Barytsaltene ganske identisk Virkning. (*Originalreferat.*)

Dessutom yttrade sig docent LEVERTIN.

Prof. H. HOLSTI (Helsingfors). **Om nevrastenin och dess förekomst i de nordiska länderna; dess yttringar och orsaker.**

Det är först under de senaste decennierna, som nevrastenin blifvit uppfattad och erkänd såsom en särskild sjukdomsform. Det är såsom bekant den amerikanska läkaren G. BEARDS förtjänst att till först med bestämdhet hafva särskilt den från de andra allmänna nevroserna, med hvilka den först förenats, särskildt hysteri och hypokondri. Det måste visserligen medgifvas, att gränserna för nevrastenin ej kunna skarpt uppdragas gentemot hysterin och hypokondrin, hvarföre man äfven stundom kan vara tveksam, om ett fall bör uppfattas såsom nevrasteni eller icke. I det stora flertalet fall är dock sjukdomsbilden så karakteristisk, att nevrastenin med rätt torde kunna göra anspråk på att erkännas såsom en särskild sjukdomsform, och för kännedomen om och den riktiga uppfattningen af de allmänna nevroserna torde det äfven vara förmonligast att fasthålla vid detta betraktelsesätt.

Det väsentliga vid nevrastenin är å ena sidan en abnormt stegrad irritabilitet uti nervsystemet och å andra sidan en abnormt hastigt inträdande, långvarig och intensiv utmattning af det samma. Många, ja kanske de flesta af de vid nevrastenin observerade symptomen kunna under vissa förhållanden uppträda hos alldeles friska personer, utan att vi anse deras förekomst antyda något särskildt sjukligt. Om t. ex. en person efter en stark psykisk öfveransträngning lider af tyngd i hufvudet och dålig sömn eller efter en häftig skrämsel erfar hjärtklappning, men dessa störingar gå öfver, så snart orsakerna till deras inträdande upphört, så anse vi honom icke vara nevrasteniker, emedan en tillräcklig yttre grund förefinnes för ett öfvergående uppträdande af dessa störingar. Men om en person, som utfört hvarken fysiskt eller psykiskt arbete, klagar öfver ihållande trötthet, tyngd i hufvudet och sömnlöshet m. m., så finnes ej någon tillräcklig yttre anledning till förekomsten af dessa störingar, personen i fråga rör sig icke mera inom de fysiologiska gränserna, och vi måste anse honom vara nervsjuk. Det är sålunda icke så mycket symptomen i och för sig, som ej fastmera deras uppträdande utan tillräcklig yttre orsak eller, om en sådan verkligen förefunnits, att de vara abnormt länge, sedan orsaken upphört, samt slutligen deras uppträdande i en abnormt stegrad intensitet, som utvisar, att ett sjukligt tillstånd föreligger. Hvilken förändring inom nervsystemet, som ligger till grund för detta sjukliga tillstånd, därom veta vi för närvarande intet. Någon anatomisk förändring kunna vi med våra nuvarande hjälpmedel icke upptäcka och antaga därföre, att till grund för sjukdomen ligga finare nutritiva störingar inom nervelementen.

Beträffande nevrastenins förekomst inom de skandinaviska länderna, så måste jag af lätt insedda skäl inskränka mig till en redogörelse för förhållandena i Finland. Att nevrastenin är allmänt utbredd i Finland, framgår redan af erfarenheten vid medicinska kliniken i Helsingfors, där årligen ett stort antal nevrasteniker från de mest olika delar af landet behandlas. För att dock om möjligt erhålla fullständigare upplysningar häröfver, har jag till läkarna i Finland aflåtit ett cirkulär med anhållan om uppgifter i detta afseende och från 40 läkare, praktiserande inom olika delar af landet, erhållit svar på min förfrågan. Af dessa uppgifter framgår äfven, att sjukdomen är utbredd öfver hela landet, allmännare i städerna, i synnerhet de större, men icke häller sällsynt å landsorten. Om någon olikhet med hänsyn till dess frekvens förefinnes inom skilda delar af landet, kan ej med säkerhet afgöras, det synes dock, som skulle den förekomma mindre ofta inom de norra delarna af landet. Den är lika allmän bland den svenska som bland den finska talande delen af befolkningen. Dess förekomst synes ej vara beroende af ekonomiska förhållanden, och sjukdomen uppträder inom alla samhällsklasser, måhända dock litet mera bland de bildade klasserna. Den är allmännare hos kvinnor än hos män (73 % af fallen hos de förra och 27 % hos de senare). Såsom möjligen medverkande orsak därtill, att nevrastenin är allmännare bland kvinnor än bland män, må främst framhållas den omständighet, att från vissa delar af Finland en stor

del af den arbetsföra manliga befolkningen för en längre eller kortare tid emigrerar till Amerika. Då härigenom brist på manlig arbetskraft uppkommer, måste kvinnorna förrätta en del tunga jordbruksarbeten, och det är kändt, att nevrastenin kan framkallas genom altför tungt kroppsarbete. Hvad åter kvinnan från de bildade klasserna vidkommer, så torde hon i Finland mera egna sig åt studier och hafva anställning vid allmänna värk, än fallet är i flertalet andra länder, och det kan väl ej bestridas, att häri en orsak kan föreligga till, att nevrastenin är så allmän bland de finska kvinnorna.

Nevrastenin förekommer oftast inom den yngre och medelåldern, men är mera sällsynt såväl under den egentliga barnaåldern som äfven under den högre åldern. Bland de å medicinska kliniken i Helsingfors behandlade nevrastenikerna hade i hälften af fallen de nevrasteniska symptomen tagit sin början under åldern 15—25 år.

Huruvida nevrastenin under de senare åren tilltagit i frekvens är svårt att afgöra, emedan ju mera man fått ögonen öppna för den månggestaltade nevrasteniska sjukdomsbilden, dess mera hafva dit hänförts fall, hvilka man förut karakteriserat ss. anemi, dyspepsi, hypokondri, hysteri, m. fl. Troligt är det dock, att nevrastenin något tilltagit, ehuru kanske ej så mycket, som man ofta förestält sig. En orsak till detta tilltagande ligger säkert uti den under de senare åren uppträdande influensan.

Hvad yttringarna af nevrastenin vidkommer, så äro dessa ss. bekant mångestaltade och delvis mycket växlande i olika fall. De vanligaste symptomen af sjukdomen äro: En känsla af tyngd och värk i hufvudet, allmän trötthet, nedstämning i lynnet och olust till arbete, dyspeptiska besvär och trög mage, värk i olika delar af kroppen, särskildt mellan skulderbladen och i korsryggen, sömnlöshet, svindel, hjärtklappning, andtäppa, störingar inom de vasomotoriska nerverna med däraf betingad känsla af abnorm köld eller hetta och hastigt inträdande rodnad eller blekhet i huden, benägenhet för svettningar, parestesier, öronsusningar, tremor, m. fl. Det synes mig ej kunna komma i fråga, att jag här skulle ingå på någon närmare skildring af alla dessa yttringar, utan skall jag inskränka mig till vidrörandet af endast några och främst de vid nevrastenin så vanliga dyspeptiska störingarna. Dessa utgöras af värk under bröstet, en känsla af fullhet och uppösning, sura uppstötningar, kväljningar och ofta äfven kräkningar samt trög mage. Beträffande naturen af dessa dyspeptiska störingar, så har bland 32 fall, där ventrikeldigestionen blifvit närmare undersökt, i 16 fall funnits hyperaciditet, i 8 fall subaciditet resp. anaciditet och i 8 fall normal HCl-halt. Ventrikelns motoriska funktion var bland de ofvan nämnda 32 fallen i 19 fall normal, medan däremot i 13 fall digestionen var fördröjd, vanligen dock endast i lindrigare grad. Det synes särskildt vara vid fallen med hyperaciditet, som digestionen är fördröjd. Bland 16 fall med hyperaciditet var digestionen förlångsamad i 12 fall, af 8 fall med sub- resp. anaciditet var detta händelsen blott i ett fall och i intet af fallen med normal HCl-halt. Något bestämdt förhållande mellan de dyspeptiska besvärens intensitet och ventrikelns motoriska kraft har ej kunnat iakttagas, dock förefaller det, som skulle kräkningar oftare hafva förekommit, där denna senare varit nedsatt. En utvidg-

ning af matsäcken har icke sällan observerats, men någon höggradig dilatation har ej förekommit.

Hvad sambandet mellan dessa störingar och nevrastenin vidkommer, så är det svårt att därom med säkerhet uttala sig. I en del fall tala de anamnestiska uppgifterna, att sjukdomen börjat efter en sinnesrörelse, ett trauma eller andra psykiskt värkande moment med cerebrala symptom, medan de dyspeptiska besvären instält sig senare och hela tiden varit af underordnad betydelse, med stor sannolikhet för, att de dyspeptiska störingarna äro sekundära och framkallade af den allmänna nevrosen. I andra fall hafva de dyspeptiska besvären varit icke blott de tidigast inträdande symptomen utan äfven de, som hela tiden dominerat sjukdomsbilden. För sådana fall torde man böra medgifva möjligheten af, att störingar inom digestionsapparaten kunna gifva upphof åt nevrasteni, i synnerhet om därjämte en nevropatisk disposition föreligger.

Den nevrasteniska sjukdomsbilden kompliceras icke sällan med hysteriska symptom, i synnerhet med anestesi resp. analgesi, hvilkas hysteriska natur i en del fall framträder ännu tydligare därigenom, att de uppträda halfsidiga. I enskilda fall kunna äfven andra för nevrastenin främmande men vid hysterin vanliga symptom förekomma ss. allmänna krampanfall och lokala paralysier. Det är klart, att närvaron af sådana symptom mycket försvårar diagnosen.

Hvad orsakerna till nevrastenin vidkommer, så kan man skilja mellan predisponerande och tillfälliga orsaker, ehuru det stundom kan vara svårt att afgöra, till hvilken af dessa kategorier ett visst moment skall hänföras. I flertalet fall torde dessutom flere moment hafva samvärkat vid nevrastenins uppkomst, och det är ofta omöjligt att bestämma, hvilket som varit mest värksamt. Den viktigaste predisponerande orsaken till uppkomsten af nevrastenin ligger, därom äro alla ense, uti ett nervsystem med abnormt liten motståndskraft mot irritament af olika slag, vare sig psykiska eller fysiska. Denna abnorma beskaffenhet af nervsystemet är oftast medfödd, men kan äfven vara förvärfvad genom ogynsamma förhållanden särskildt under barnaåldern, genom sjukdomar af olika art, felaktig uppfostran, dåliga lefnadsvanor m. m. Där denna svaghet i nervsystemet är höggradig, kan nevrastenin småningom utveckla sig ur denna, utan att någon särskild tillstötande orsak behöfver finnas, och det är i detta afseende ganska karakteristiskt, att man i en mängd fall af nevrasteni ej kan finna någon bestämd yttre orsak till sjukdomens uppkomst. I det moderna lifvet med dess rastlösa äflan och oro gifves det för resten en mängd faktorer, som värka mäktigt predisponerande på uppkomsten af nevrastenin. Inom de bildade klasserna har konkurrensen på alla områden i hög grad tilltagit och kampen för tillvaron mycket försvårats. En följd af denna ökade konkurrens är bland annat, att antalet äktenskap minskats, och det är erkändt, att åtminstone bland män det ogifta ståndet mera predisponerar för nevrastenin. Men äfven bland de kroppsarbetande klasserna härska i vår tid strömningar, som ej kunna undgå att invärka skadligt på nerv-

systemet. Härtill vill jag främst föra den benägenhet, som befolkningen öfveralt i närheten af större städer visar att öfvergifva landsbygden och bosätta sig i städerna. De utbyta det relatift hälsosamma jordbruksarbetet och lifvet ute i det fria mot arbetet i fabriker med instängd och dålig luft. Äfven i det uppväxande släktets lefnadssätt förefinnas många missförhållanden, som invärka skadligt på nervsystemet. Jag afser härmed ej så mycket den ofta framhållna öfveransträngningen i skolorna som ej fastmera vissa missförhållanden i hemmens uppfostran. Barn, som under den växande åldern hafva stort behof af sömn, få ofta vaka länge om aftnarna, och, då de måste stiga tidigt upp om morgonen för att hinna till skolan, få de ej sofva så länge, att deras nervsystem vore uthviladt. De vänjas tidigt vid förtärandet af kaffe, the, öl, vin och andra retande ämnen, hvilka på deras lätt mottagliga nervsystem verka vida skadligare än på de fullvuxnas. De föras tidigt på teatrar, baler och andra nöjen, där de i en ofta förskämd luft tillbringa de timmar, de borde egna åt sömnen, och där de få se och höra saker, som ej äro lämpliga för deras andliga utveckling. Därigenom att de redan som unga få deltaga uti de nöjen och förströelser, som egentligen äro afsedda för fullvuxna, utvecklas deras fantasi och känslolif för tidigt. När de blifva fullvuxna, har lifvet ej mera något nytt af intresse att bjuda dem, och de få börja kampen om tillvaron med förslappade nerver och utan intressen.

De tillfälliga orsaker, som närmast framkalla utbrottet af nevrastenin, kunna vara af såväl psykisk som somatisk natur. Af de psykiska momenten har man såsom bekant i allmänhet ansett intellektuel öfveransträngning vara den allmännaste orsaken. Att detta ej kan vara händelsen vid de hos den kroppsarbetande klassen förekommande fallen är självklart. Men äfven beträffande nevrastenin inom de bildade klasserna tror jag, man öfverdrifvit betydelsen af denna faktor. Vårt nervsystem står ganska väl ut med äfven en betydande rent intellektuel ansträngning, men förhållandet gestaltar sig annorlunda, om härtill sällar sig bekymmer för resultatet af den intellektuela ansträngningen. Vetenskapsmannen, som utan oro kan egna sig åt forskningen, löper ej stor fara att blifva nevrasteniker. Studenten åter, som har att genomgå en examen, får redan vid betydligt mindre ansträngning symptom af nevrasteni, men härvid torde oron för examens utgång vara värksammare än den intellektuela ansträngningen.

Däremot torde deprimerande sinnesrörelser vara, en vida allmännare orsak till uppkomsten af nevrasteni. Dessa sinnesrörelser kunna naturligtvis vara af mycket olika natur, olyckliga familjeförhållanden, ekonomiska bekymmer, ledsamheter i tjänsten, oro för affärer, sorg öfver anhörigas död samt i synnerhet en häftig skrämsel, som synes vara en mycket värksam faktor.

Till de på grund af psykiska moment uppkomna fallen af nevrasteni måste man äfven räkna de af travmatiska inflytelser framkallade, enär det ej synes vara själfva kroppsskadan, som ej fastmera den därvid erfarna skrämseln, som är den värksamma faktorn. Äfven de på grund af onani uppkomna fallen torde böra hänföras hit, enär äfven vid dessa det psykiska momentet torde vara mera värksamt än det

rent fysiska. Onani är säkert ofta orsaken till nevrasteni hos unga män, men om den samma spelar någon synnerlig rol i detta afseende hos kvinnor är svårt att säga, enär man sällan torde få tillförlitliga upplysningar häröfver.

De **somatiska** orsakerna till nevrastenin kunna vara af många olika slag. Sålunda uppkommer nevrastenin icke sällan efter *akuta infektionssjukdomar*, främst bland dessa *influensa* och därnäst möjligen *abdominaltyfus*. Sjukdomen kan vidare framkallas genom en mängd olika orsaker, som alla hafva det gemensamt, att de förorsaka *ett fysiskt svaghetstillstånd*. Till sådana orsaker höra *sexuela excesser* och *tätt efter hvarandra följande barnsängar*, hvilket sist nämnda moment i synnerhet hos kvinnor från allmogeklassen ofta anges ss. orsak till deras sjukdom. Hit hör äfven *öfverdrifvet tungt kroppsarbete*, hvilket hos den arbetande klassen ej så sällan torde vara orsaken till nevrastenin.

Af kroniska lokalaffektioner, som ofta förefinnas vid nevrasteni och möjligen i en del fall äro den närmaste orsaken till sjukdomens utbrott, äro främst att nämna *affektioner af genitalorganen*. Hos mankönet synes det företrädesvis vara den kroniska uretriten, som härvid möjligen spelar någon rol. Vida allmännare än hos män förekomma störingar inom genitalorganen hos kvinnor lidande af nevrasteni, och ss. bekant har man en tid ansett dem vara den vanligaste orsaken till sjukdomen hos kvinnor. Erfarenheten har emellertid visat, att man mycket öfverdrifvit betydelsen af de kvinliga genitalstöringarna i detta afseende. I flertalet fall af nevrasteni hos kvinnor förefinnas als icke några genitalstöringar, i en del fall förekomma visserligen störingar inom menstruationen (oregelbundenhet i inträdandet och smärtor vid den samma), men dessa hafva sannolikt ej varit orsaken till nevrastenin utan fastmera följder af denna. Men äfven i de fall, där en lokalaffektion värkligen förefinnes, torde den ofta vara en tillfällig komplikation utan kausal betydelse och de fall af nevrastenin, som i själfva värket framkallats genom genitalaffektioner, vara relatift sällsynta. Härmed vill jag dock ej hafva sagdt, att genitallifvet hos kvinnan skulle vara utan inflytande på uppkomsten af nevrastenin. Åtminstone har jag ofta fått det intryck, att de nevrasteniska besvären uppträdt samtidigt med eller kort efter inträdandet af pubertetsutvecklingen. Det är visserligen sant, att i flertalet fall patienterna redan som barn varit klena och nervösa, men en bestämd försämring i tillståndet synes ej sällan inträda ungefär samtidigt med den första menstruationen. Å andra sidan hafva äfven stundom de nevrasteniska symptomen antingen först uppträdt eller åtminstone blifvit mycket värre, efter det menopausen inträdt.

Såsom orsaker till nevrasteni må slutligen äfven intoxikationer omnämnas. Det är hufvudsakligen de tre njutningsmedlen, *alkohol*, *kaffe* och *tobak*, hvilka härvid möjligen spela en viss rol, och hvilkas allmänna bruk gör, att en undersökning i detta afseende kan vara af praktisk vikt. Hvad alkoholen vidkommer, så kan något tvifvel därom ej råda, att den är orsaken till en mängd funktionela och organiska störingar inom nervsystemet, men det är mycket osäkert, om den har någon synnerlig etiologisk betydelse för nevrastenin. Mitt personliga intryck är, att i det öfvervägande flertalet fall af nevrasteni alkoholmissbruk als

icke spelat någon rol, och för denna uppfattning talar äfven den omständigheten, att nevrastenin oftare uppträder hos kvinnor än hos män. Samma åsikt synes äfven delas af flertalet läkare i andra delar af Finland. Af 30 läkare, som uttalat sig häröfver, hafva 18 ansett alkoholen icke hafva någon synnerlig etiologisk betydelse, 10 hafva tilldelat densamma en sådan och 2 hafva lemnat frågan oafgjord. Men om också alkoholens direkta betydelse för uppkomsten af nevrastenin är ganska liten, så är däremot dess indirekta betydelse i detta afseende mycket stor. Det är en känd sak, att barn af alkoholister ofta hafva det svaga nervsystem, som utgör den viktigaste orsaken till nevrastenin. Det är dessutom lätt att inse, att om också alkoholisten själf ej blir nevrastenisk, så kan han åtminstone lätt göra sin omgifning till sådan.

Hvad kaffet vidkommer, så har jag mer och mer kommit till den öfvertygelsen, att dess direkta betydelse för uppkomsten af nevrastenin är större än alkoholens. Då det förtäres i så stora kvantiteter, som i synnerhet allmogen hos oss gör det, då det därtill är af dålig kvalitet, uppblandadt med cikoria och andra surrogat, samt är illa tillredt, utöfvar det säkert ett ogynsamt inflytande både på nervsystemet och i synnerhet på digestionsorganen och är sannolikt till en del orsaken därtill, att de dyspeptiska symptomen hos oss så ofta dominera uti den nevrasteniska sjukdomsbilden.

Att äfven missbruk af tobak i en del fall kan vara orsaken till nevrasteni är otvifvelaktigt, men dess betydelse i detta afseende torde dock ej vara synnerligt stor.

Jag meddelar till slut efterföljande tabell, upptagande de af patienterna själfva förmodade orsakerna till nevrastenin. Tabellen omfattar 138 fall, af hvilka 25 bland ståndspersoner och 113 bland den arbetande klassen. Det torde knapt behöfva påpekas, att uppgifterna ej kunna göra anspråk på någon absolut tillförlitighet. De flesta patienter hafva tillhört en klass, på hvars omdöme i sådana saker man ej kan lita mycket. Att tabellen i flere afseenden afviker från likartade af andra läkare offentliggjorda, torde åtminstone delvis bero därpå, att flertalet af fallen tillhört den kroppsarbetande klassen.

Deprimerande sinnesrörelse	39 fall	(däraf skrämsel 13)
Akuta infektionssjukdomar	22 »	(» influensa 11)
Täta barnsängar	18 »	
Kroppslig öfveransträngning	14 »	
Intellektuel »	9 »	
Trauma	8 »	
Onani (män)	6 »	
Pubertetsutveckling hos flickor	6 »	
Climacterium	6 »	
Missbruk af alkohol	4 »	
Gonorré (män)	3 »	
Nattvak (sjuksköterskor)	3 »	
Summa	138 fall	

(Originalreferat).

Reservläge DEDICHEN (Rotvold asyl): Mente, at en väsentlig Opgave vilde väre at afgränse Nevrastenien overfor de degenerative Former. Et interressant Forsög herpå, fandt han, foreligger i Prof. E. KRAEPELINS sidste Udgave af hans Psykiatri. Han opstiller her den kroniske helbredelige Nevrasteni som en hos ubelastede erhvervet Sygdom, der närmest må sidestilles med de mere akute Erschöpfungspsykoser, og han mener, at Forklaringen ligger i en Stofskifteanomali, en Udtömmelse af for Nervesystemets Funktion nödvändige Stoffe og en Forgiftning med Träthedsstoffe. Når man er trät, sover man godt, når man er overträt, sover man ikke, og når Overträtheden, Udmattelsen blir akut og excessiv, får man de akute Former Kollapsdeliriet og amentia, når Udmattelsen sker langsomt og ikke stärkt, Nevrasteni. Det er dog Spörgsmålet, om der ikke oftest er nogen Degeneration tilstede, og at dette forklarer, at der ikke behöves noget stärkere Arbejde for at overträtte dem, selv det daglige Liv gör det. At afgöre dette vil blive Huslägens, ikke Sindsygelägens Opgave, fordi den sidste kun får de sväreste Tilfälde at se. Efter Talerens Erfaring var Nevrastenien ikke hyppig i den Stand, der väsentlig rekruterede det Asyl, hvor han var, men det kom vel af, at sådanne Tilfälde sjelden kom på Asyl. Det synes särlig at väre Individer, hvis Stilling medförte et betydeligt Ansvar, som hjemfaldt til Nevrastenien, såsnart deres Levesät ikke var meget regelmässigt. I Forbindelse hermed mindede han om, at N. var forholdvis själdnere hos gifte, hvilket vel beroede på, at de i det hele lever regelmässigere. Muligvis havde også det hele ägteskabelige Regime sin Betydning, hvad man nok kunde fristes til at tro, når man erindrede, at såvel N. som de juvenile degenerative Former särlig optrådte hyppig, da et helt nyt Sät Organer trådte i Funktion, nemlig på den Tid, da Seksuallivet tog sin Begyndelse. Og at N. skulde väre en Stofskiftsanomali, modsagdes ikke på nogen Måde deraf, at Pat. så godt ud. Selv ved sväre degenerative, til dybt »Blödsinn» förende Lidelser så man jo Vägten jävnlig stige og Pat:s somatiske Tilstand bedres selv i den Tid, da »Verblödung» endnu er fremadskridende.

Tal. mente, at Afgränsningen overfor de degenerative Former af Psykoser var et vigtigt Spörgsmål, som särlig den praktiske Läge måtte bringe til Lösning, og han troede, at Undersögelser af Stofomsätningen, hvilke hans Tid ikke havde tilladt ham at udföre, vilde give gode Bidrag hertil. (*Originalreferat*).

Overläge KL. HANSSEN (Bergen): ›Nevrastenien forekommer blandt Bönderne i Bergens Stift ikke så själden, men dog kun sporadisk, og med Hensyn til Årsagerne har jeg intet at föje til, hvad allerede Prof. HOLSTI har anfört. Der er dog et Distrikt, hvor Nevrastenien synes at väre mere end almindelig udbredt, nemlig Kystdistriktet af Söndmör. Ved at se efter de sidste Års Patienter herfra har jeg fundet, at 20 % har lidt af Nevrasteni. Da dette Sygdomsbegreb jo er noget vagt, skal jeg i Korthed referere Sygdomsbilledet. Patienterne har liden og urolig Sövn, plages af Drömme, ofte onde, får

let Hjertebanken, ängstes for Småting, undertiden er der også en ubestemt Angstfölelse uden bestemt Gjenstand, en Tilstand, som kun kvantitativt skiller sig fra Präcordialangst; ofte er der Dyspepsi og isåfald — i Modsätning til hvad prof. HOLSTI har fundet — på meget få Undtagelser när forbunden med Mangel på fri Saltsyre, undertiden ren Achyli. Et fremträdende og gjenemgående Fänomen er nedsat Arbeidskraft på Grund af hurtig indträdende Träthed og nedsat Arbeidslyst; der skal et tiltak til forat gi sig ikast med et Arbeide, men er Patienten först begyndt at arbeide, går det nokså bra for en Stund.

Det var for disse Fänomener, at disse 20 % har sögt Läge; også blandt de övrige Patienter var der flere, som var påfaldende nervöse.

Årsagen til det nervöse Präg, denne Befolkning har gjort på mig, tror jeg må söges i deres Beskjäftigelse; og heri er også flere af de mere intelligente af Patienterne, med hvem jeg har talt om Sagen, enig.

Denne Kystbefolkning driver fra Begyndelsen af Februar — altså ved Vintertid — Torskefiske på det åbne Hav fra åbne Både i Löbet af 7 til 10 Uger. I denne Tid er de daglig omtrent 5 Mil tilhavs; de drager ud kl. 4 à 5 om Morgenen, og ror hjem igjen om Aftenen; er der Modvind, når de först Land mod Midnat; kl. $3^1/_2$ må de atter op forat ordne sine Fangstredskaber. Til Föde under dette anstrengende Arbeide har de Poteteskager, Lefser og andet mindre velstegt Bröd, sjeldnere lidt Fläsk.

Det er forståeligt, at et Liv som dette kan slide Folk ud. Til det strenge Arbeide med dårlig Kost kommer endnu det psychiske Moment; jeg tänker mindre på Spändingen med Hensyn til Arbeidets Udbytte end på alle de Farer, hvorfor de er udsat, når de i Storm og Snefok må seile med Döden på Bådripen.

Jeg tror vi her har et Tilfelde, hvor Livsvilkår og Arbeidet i särlig Grad har givet Befolkningen sit Präg. Andre Forhold kommer så til i Vexelvirkning med de allerede nävnte. En nervös Befolkning som denne er i särlig Grad egnet til at bli et Bytte for de lavest liggende Lägprädikanter, og de värste Svovlprädikanter skal også have sit bedste Felt her. At det åndelige Liv, som disse Folk väkker, ikke skal bidrage til at styrke Befolkningens Nerver, siger sig selv.

(*Originalreferat.*)

Distriktsläge A. BACKER (Skien): Skulde ikke omtale Nevrasteniens Symptomatalogie men vilde gennem Erfaringer fra mere end 40 Års Praxis söge at give sit Bidrag til Oplysning om Nevrasteniens Årsager og Udbredning i den Del af Norge, hvor han havde virket. Medens Hr Overläge HANSSENS Erfaringer var hentede fra Norges Vestkyst, havde Taleren virket som Läge i Landets sydöstre Del fra Fjeldtrakterne og ned til Havet og tillige i flere af de i denne Del af Landet liggende Byer. Han gjorde gjäldende, at Sygdomen inden hans Praxisområde var lige almindelig for 40 År siden som nu. Han trode, at det afsondrede Liv med indadvendt Tankegang

i Norges ensomme Fjelddale efter al Sandsynlighed begunstigede Udviklingen af Nevrasteni såvel hos Mänd som Kvinder. I de ved Havet liggende Dele af Landet, hvor han havde virket, kunde han ikke erindre at have observeret noget Tilfälde af Nevrasteni hos Mänd, men han vilde göre opmärksom på, at det ikke var blandt Fiskere men blandt Sjöfolk, han havde praktiseret, og disse tvinges af Omständighederne til at före et mere adspredende og kammeradtsligt Levnet end den egentlige Fiskeribefolkning og er heller ikke udsatte for den Spänding, Ansträngelse over Evne og den dårlige Levemåde, som Fiskerlivet på Vestkysten medförer. — Svükkende og deprimerende Indflydelser tillagde han megen Vägt, således Svükkelse ved langvarig Diegivning, der isär i Landdistrikterne ofte udsträkkes til 1 1/2 ja endog til 2 År; endvidere Skräk, ved hvis deprimerende Indflydelse han gentagne Gang havde seet Nevrasteni fremkaldt og det i stärk Grad og hos Individer fra de forskjelligste Klasser af Befolkningen. Han havde således, for at nävne Exempler, seet Sygdomen opstå hos en Säterpige, der var skrämt af en Björn, hos en Bondepige, mod hvem der var forsögt Voldtägt, og hos en Lärerinde, der ved i Halvmörke at gå omkring på Loftet i en hende ukendt Bolig, hvor hun opholdt sig i Ferierne, pludselig så sig lige på Randen af en Åbning i Gulvet, og hvor et Skridt fremad vilde forvoldt hendes Nedstyrtning. Som Exempel på Trauma som deprimerende Årsagsmoment anförte han, at han hos en middelaldrende og meget stärk Mand, der havde fåt en temmelig stärk Kontusion i venstre Temporalregion, som Fölge af Kontusionen havde seet opstå en stärkt udpräget nevrastenisk Tilstand, der först helbredes efter mere end et Års Forlöb. — Onani som Årsag havde han isär seet hos voxne Personer, isär hos voxne Kvinder; hos Börn själdnere og slet ikke hos Drengebörn, uagtet Onanien hos disse neppe er själdnere end hos Piger. — Angående Alkoholnydelse som Årsag til Nevrasteni havde han ingen Erfaring, men han anså det ikke usandsynligt, at Alkoholnydelse til Overmål hos Foräldre kunde göre Afkommet disponeret for Sygdommen, og han påpegede, at den stärke Alkoholnydelse, som tidig i dette Århundrede fandt Sted omkring i Norges Landsbygder, hvor dengang, da Brändevinsbrändingen var fri, Brändevinskjedler fandtes rundt om på Gårdene, nok kunde have havt Indflydelse på den derstedes nu levende Slägt.

(*Originalreferat.*)

Prof. HENSCHEN (Upsala): Det torde vara svårt att på några få minuter yttra sig i ett på samma gång så diffust som omfattande spörsmål som nevrasteni. En kollega hade frågat mig: Hvad är nevrasteni? och denna fråga kunde med skäl uppställas. Det är ovisst, om BEARD gjort medicinen och mänskligheten någon stor tjänst med att införa ordet nevrasteni. Man hade lemnat ett slagord — jämförligt med ordet nevros. Och liksom i den stora skräpkammare, på hvilken man satt skylten travmatisk nevros, kastades alla möjliga olikartade sjukdomsformer, som man ej mäktade reda, men hvilkas natur vore den mest olikartade, så gjorde man ock nu, sedan man uppfunnit namnet nevrasteni. Men det tillhörde den nutida forskningen icke

att under denna rubrik hopa alt möjligt, utan tvärtom att från densamma afsöndra alt heterogent. Först när detta skett, kunde man yttra sig om sjukdomens natur och terapi. F. n. kastades under nevrasteni, liksom under migrän, en mängd former, vid hvilka man kunde påvisa *somatiska rubbningar*. Men enligt min mening må man särskilja alla dem och räkna dem som direkta följder af dessa sjukdomar. Om efter akuta infektionssjukdomar, såsom tyfoid, influensa o. s. v., följa svaghetstillstånd, så förtjäna de ej upptagas såsom egna sjukdomstillstånd eller beläggas med eget namn, nevrasteni. Likaså hyser jag mina tvifvel om *ventrikelformernas* berättigande. Må man i hvarje enstaka fall undersöka, hvilka rubbningar i de kemiska förhållandena i ventrikeln finnas, och vända sig mot superaciditeten eller den motoriska rubbningen o. s. v., men ej rubricera dessa rubbningar under nevrasteni.

Vidare har jag i en mängd fall funnit *palpabla förändringar i underhud och muskler* under form af celluliter och myiter —, hvilkas natur ju f. ö. är föga utredd —, och funnit, att massage, gyttjebad och gymnastik eller sport o. d. vore i hög grad gagnelig mot dessa former. Dessa former vore analoga former med migränen, vid hvilken jag sökt visa, att det finnes somatiska rubbningar och palpabla förändringar utefter nervi trigemini grenar, och att lokal behandling medelst massage kunde borttaga dem och häfva migränen.

Här liksom vid migränen, nevroser och nevralgier vore det uppgiften att i hvarje fall analysera orsakerna och söka påvisa *lokala* rubbningar, hvilka kunde framkalla den allmännare rubbning, man belagt med namnet nevrasteni. Endast i fall man gör detta, kunde man vinna riktiga terapevtiska hållpunkter, men ingalunda, om man nöjde sig med diagnosen: nevrasteni.

Under denna diagnos vill jag ej häller räkna de former, vid hvilka analgesi, anestesi, paralysi finnas för handen. Däremot äro lätta parästesier stundom för handen och torde bero på rubbningar i hud och underhud, som kunde häfvas med lokalbehandling. De först nämnda formerna hörde till hysteriens proteusartade bild.

Hvad utbredningen af nevrastenien beträffade, så har jag särskildt funnit den allmän i *Dalarna*, och man finner där en befolkning besläktad med den i Norges trånga dalar. Vi ha hört till vår öfverraskning, att just denna »kärnsunda» befolkning är bekajad af nevrasteni. Måhända bidrar Dala-allmogens egendomliga åt det dystra och religiösa böjda lynne till utvecklingen af nevrasteni.

För öfrigt sluter jag mig i hufvudsak till prof. HOLSTIs särdeles klara och väl motiverade uppfattning af nevrastenien, men vill utesluta alla somatiska former eller där etiologien är en bestämd föregående eller för handen varande sjukdom. (*Orginalreferat.*)

Docent PETRÉN (Lund): Som läkare vid Ronneby hälsobrunn under några år har jag varit i tillfälle att observera ett ej ringa antal fall af nevrasteni. Större delen af dessa — 254 fall — hafva tillhört de kroppsarbetande klasserna. Härvid äro frånräknade alla fall, där närvaron af hysteri kunde misstänkas, samt alla fall af mer eller min-

dre uttalade nervösa rubbningar, där ej flertalet af de s. k. nevrasteniska stigmata varit tydligt uttalade. I fråga om diagnosen vill jag blott tillägga, att subjektift än så lifliga nervösa rubbningar ej tyckas mig berättiga till att uppfatta ett fall som nevrasteni, om ej patientens arbetsförmåga är minskad — eller upphäfd.

I 154 af dessa fall, där närmare undersökning härpå blifvit utförd, har jag som den närmast framkallande orsaken påträffat:

i 35 sorg öfver olyckliga familjeförhållanden, nära anhörigas sjukdom och död eller liknande;
i 14 oro för ekonomiska förluster eller näringsbekymmer;
i 17 influensa;
i 23 öfveransträngning i arbete;
i 11 någon annan somatisk sjukdom, vanligen en akut infektionssjukdom, särskildt tyfoidfeber och pnevmoni;
i 13 masturbation eller excesser in venere;
i 8 ett trauma eller skrämsel;
i 4 talrika och tätt på hvarandra följande barnsängar;
i 4 blott en föregående partus;
i 3 alkoholmissbruk;
i 2 fabriksarbete i stark värme.

I 20 fall kunde ej något särskildt framkallande moment uppletas, men i några af dessa en tydlig hereditär, nevropatisk belastning ådagaläggas.

Öfver hufvud taget har det förefallit mig, liksom professor HOLSTI, som om man finge tillskrifva de deprimerande sinnesintrycken den största rolen. Det ligger i sakens natur, att de nu angifna siffrorna i detta hänseende ej kunna vara fullt riktiga, då man ej kan vänta sig, att patienterna under sina — vanligen få — samtal med läkaren alltid skola vara villiga att för honom angifva orsaken till sin sorg.

Den anförda sammanställningen visar, att man vid nevrastenien hos de kroppsarbetande klasserna påträffar samma framkallande moment och ungefär samma relativa frekvens af dem som dem, man eljes finner angifna i statistiska uppgifter om nevrasteniens etiologi — hvilka i regeln stamma från de ej kroppsarbetande klasserna.

Största delen af de af mig observerade fallen af nevrasteni härstamma från Blekinge och sydöstra delen af Småland, de allra flesta från landsbygden. Ett mycket stort antal af dem äro från socknar, hvilka ej äro berörda af någon järnväg, och i hvilka ej finnes någon industri, hvarest man således tyckes vara berättigad att antaga, att lifvet förlöper på i hufvudsak samma sätt, som det gjort för en eller två människoåldrar sedan. Denna min erfarenhet talar bestämdt för, att nevrastenien här förekommit sedan mycket länge — troligen alltid, och den visar tydligt, att det för denna sjukdoms uppkomst ingalunda kräfves något »det moderna lifvets enerverande inflytande».

Jag tvekar ej att beteckna nevrastenien å de nu angifna trakterna och just å dem såsom en vanlig sjukdom. Huruvida den samma emellertid är mera eller mindre vanlig än fordom, saknar jag hvarje hållpunkt för att bedöma.

Det är tydligt, att en så pass betydande frekvens af sjukdomen, som den jag observerat i dessa trakter, måste bero på — utom de förut omtalade närmast framkallande orsakerna — vissa predisponerande moment. Hvilka dessa äro, därom kan man emellertid ej förebringa bevis utan måste inskränka sig till gissningar. Då de i fråga varande trakterna med fog kunna räknas till de fattigare i vårt land, synes det mig sannolikt, att man häri d. v. s. i de fattigdomen åtföljande dåliga dietetiska ech hygieniska förhållandena kan finna ett nervsystemet försvagande och därigenom för nevrasteni disponerande moment. I likhet med en föregående talare har jag ock trott, att man i de tidigare generationernas alkoholism — som bekant mycket utbredd — har att söka ett moment, som ver..ut nedsättande på den nuvarande generationens nervsystem. *(Originalreferat.)*

Distriktsläge A. BACKER (Skien): I Anledning af Hr Prof. HENSCHENs Observation, at Nevrasteni isär forekom i det »kärnefriske» Dalarne får jeg oplyse, at jeg, medens jeg for adskillige År siden var Embedsläge i det norske Sogn Trysil langs Klarälvens Dalföre, havde ikke liden Konsultationspraxis fra de tilgrändsende svenske Grändselandskaber Idre, Särne samt det överste Parti af Dalarne. Jeg havde da ligesom Hr Professoren med Forundring lagt Märke til, hvor ofte Nevrasteni fandtes blandt Patienterne fra nävnte svenske Trakter, i det den syntes at forekomme endnu hyppigere derstedes end i de tilstödende Dele af Norge, hvor den var temmelig almindelig.
(Originalreferat.)

Dr. WRETLIND (Stockholm) ville — då det här var meningen få höra yttranden från olika håll — uttala den erfarenhet, han haft såsom brunnsläkare sedan 18 år vid en hälsobrunn i Västergötland, som besöktes af 3- à 400 personer årligen, mest allmoge. Erfarenheten där visade tydligen, att nevrastenien bland allmogen hade på senare åren ökats. Dock kunde kanske tillväxten helt och hållet bero på influensan efter 1890. Ty denna sjukdom åtföljdes ofta af nevrasteni, mest under cerebral form. Dess prognos hade dock befunnits på det hela god, ty efter 2 till 3 år blef patienten frisk. — Det kunde vara af intresse att få höra andra brunnsläkares erfarenheter i detta hänseende. *(Originalreferat.)*

Prof. HOLSTI (Helsingfors): Jag erkänner gärna, att jag vid utarbetandet af mitt referat måhända bort lägga främsta vikten vid att skarpt och noggrant kunna särskilja nevrastenien från andra besläktade sjukdomar och ej, såsom jag nu gjort det, hufvudsakligen beröra frågan om nevrasteniens förekomst och de möjliga orsakerna till den samma. Då jag kom att tänka härpå, var emellertd tiden så långt framskriden, att jag ej mera hade tillfälle därtill. Jag fruktar för öfrigt äfven, att detta hade öfverstigit mina krafter.

Med anledning af hr BACKERs yttrande, att nevrastenien i Norge vore mindre allmän bland sjömän än bland fiskare och den jordbruksarbetande befolkningen, vill jag framhålla, att samma erfarenhet gjorts

äfven hos oss af läkarna på Åland. Beträffande hr HENSCHENs anmärkning, att man ej borde till nevrastenien föra fall med anestesier, vill jag påpeka, att om den allmänna sjukdomsbilden mera gör intryck af nevrasteni än af hysteri, så bör man vid uppfattandet af sjukdomsfallet fästa mera vikt vid det allmänna intrycket än vid ett enstaka symptom. Jag har för öfrigt äfven sagt, att sådana fall böra uppfattas såsom nevrasteni, komplicerad med hysteri.

(*Originalreferat.*)

I diskussionen yttrade sig dessutom prof. PETERSSON (Upsala).

Overläge JOH. MYGGE (Köbenhavn): **Om den diagnostiske Betydning af springende Temperaturer.**

Foredragsholderen tog sit Udgangspunkt fra den såkaldte »Leverfeber» i den Forstand, i hvilken Prof. FABER har taget Begrebet (Hosp. Tid. 1895, Nr 52), nemlig som en Feberkurve, der ved Temperaturens voldsomme, pludselige Spring og navnlig ved dens hyppige Synken under det normale er i den Grad forskellig fra andre Kurver, at den gör det muligt at stille Diagnosen Suppuration i Leveren, selv om alle andre Symptomer på Sygdom i dette Organ mangle.

A priori måtte Klinikeren, når han blev stillet overfor en sådan Kurve, uden at andre Symptomer ledede Tanken hen på Affektion af Leveren, formode Tilstedeværelsen af akut Miliärtuberkulose eller af Septikopyämi, når Malaria kunde udelukkes, og navnlig måtte det i Flertallet af Tilfälde blive den såkaldte kryptogenetiske Septikopyämi (LEUBE), hvortil nöje slutter sig den af HUTINEL og CLAISSE beskrevne medicinske Septikämi og den af KULNEFF beskrevne primäre Septikämi — som under sådanne Forhold tog den interne Klinikers Opmärksomhed fangen.

Der blev forevist 4 Kurver, hvoraf de 2 vore tagne fra DENNIG: Über septische Erkrankungen etc., Leipzig 1891, de 2 andre fra FACCANIs: Leçons de clinique fra 1887, de viste alle springende, de 2 sidste desuden hyppige subnormale Temperaturer, uden at de tilsvarende Sygehistorier gave noget Holdepunkt for Antagelsen af Tilstedevärelse af Leversygdom, men da intet af de pågäldende Tilfälde kom til Sektion, leverede Foredragholderen det manglende Led i Bevisförelsen gennem Forevisning af en Del Kurver, som stammede fra Tilfälde, der vare iagttagne på den af ham ledede Afdeling på Kommunehospitalet. Den förste vedrörte en 58-årig Mand, hos hvem der ved Sektionen påvistes en höjresidig kaseös plevritis med begyndende purulent Henfald i forskellige små Spalterum mellem de, indtil 2 Ctm. tykke, Plevrablade. I dette Tilfälde kunde Tuberkulose ikke antages at have haft nogen väsentlig Betydning for Udviklingen af de springende Temperaturer. I de 3 fölgende Tilfälde måtte man imidlertid regne med denne Faktor, men ved at sammenstille den med 32 Tilfälde af letalt endende Lungetuberkulose, i hvilke der ikke eller kun ganske undtagelsevis påvistes Spring i Temperaturen over 3° C., kunde det dog göres i höj Grad sandsynligt, at det ikke var Tuberkulosen i og

for sig, men derimod de samme ledsagende septiske Processer dels i de dilaterede Bronkier, dels i ulcererede og sinuöse Kavernevägge, som havde påtrykt Temperaturkurverne et ejendommeligt Präg, der ledede Tanken hen på den såkaldte Leverfeber. I det ene af disse Tilfälde var der iagttaget Temperaturspring på indtil 8° C. i Dögnet og subnormale Temperaturer på indtil 33,6°. Herefter mente Foredragsholderen sig berettiget til den Slutning, at forinden man i et givet Tilfälde benyttede springende Temperaturer til Diagnosen: Suppuration i Leveren eller i Galdevejene, måtte man bl. a. kunne udelukke Tilstedevärelsen af septiske og navnlig bronkoseptiske Processer i Lungerne, hvad der stundom kunde väre vanskeligt nok, således som det Tilfälde, FABER havde beskrevet som Paradigma på Leverfeber, tydeligt viste, idet der her ved Sektionen foruden en suppurerende Ekinokokcyste i Leveren og angiocholitis purulenta tillige fandtes en gammel Bronkiektasi og purulent Infiltration i Lungerne, således at det lå närmest at opfatte Tilfäldet som Exempel på kryptogenetisk Septikopyämi. Berettigelsen af denne Synsmåde godtgjorde Foredragsholderen yderligere ved Henvisning til, at der i alle de Tilfälde fra hans 4-årige Funktionstid som Overläge, hvor der ved Sektionen var fundet Suppuration i Leveren eller i Galdevejene, tillige var blevet påvist Suppuration i andre Organer, nemlig i de 2 Tilfälde, bägge Kvinder på henholdsvis 70 og 77 År, bronchitis purulenta ved Bronkiektasi, i de 2 andre Tilfälde, en Mand og en Kvinde på henholdsvis 54 og 45 År, Abscesser i forskellige Organer. I de 3 af disse Tilfälde var der vel udtalte springende Temperaturer, men en Sammenstilling af Kurverne viser, at Springene i disse Tilfälde gennemgående vare lavere, og at navnlig de subnormale Temperaturer vare langt mindre udtalte end i de tidligere berörte Tilfälde, hvor der ikke fandtes Suppuration i Leveren eller i Galdevejene. Efter lejlighedsvis at have omtalt, at springende Temperaturer selvfölgelig jävnlig mangle ved Bronkiektasi med purulent bronchitis, ligeså fuldt som de, hvad CHARÇOT har fremhävet, kunne mangle ved Suppuration i Leveren, slog Foredragsholderen fast, at en Leverfeber i den Forstand, hvori FABER har tänkt sig den, ikke kan anerkendes af Kliniken, idet den intermitterende Feberkurve med springende og hyppigt subnormale Temperaturer vel forekommer jävnligt ved Leversygdomme, men også kan forekomme ved Suppurationer i andre Organer, navnlig Lungerne, således at den kun kan benyttes som Stötte for Diagnosen, når der findes andre utvivlsomme Symptomer på Leversygdom, og når forskellige andre Organlidelser kunne udelukkes. Uden denne Begränsning bliver den såkaldte Leverfeberkurve vildledende i Steden for vejledende. Det fremgik da også med tilsträkkelig Tydelighed af CHARCOTs Fremstilling, at han ikke havde ment, at Temperaturkurvens Form skulde vare afgörende for Diagnosen: Suppuration i Leveren. Tvärtimod havde han, idet han sideordnede Leverfeberen med den uroseptiske Feber og indordnede dem bägge under Begrebet symptomatisk Feber i Modsätning til Malaria, — tydeligt og klart givet til kende, at han anså det for nödvendigt at söge efter andre Stöttepunkter for den såkaldte Leverfeber end Kurvens Form. Sådanne Stöttepunkter sögte han dels i Tegnene på forudgået Galde-

stase, dels og fortrinsvis i det af REGNARD påviste Forhold, at der kan finde en Antagonisme Sted imellem Temperaturkurven og Urinstofkurven, idet sidst nävnte synker på Dage, hvor först nävnte stiger og omvendt (En Tavle hvorpå dette Forhold var grafisk fremstillet i CHARCOTs Arbejde over Leversygdomme, blev fremvist). Foredragsholderen indrömmede, at, så vidt det kunde skönnes af senere fremkomne Meddelelser i Literaturen, var det berörte Forhold hverken konstant tilstede eller, når det kunde påvises, ingenlunde altid så prägnant som i REGNARDs Tilfälde; men i Traité de médecine betegnes det dog af CHAUFFARD som et värdifuldt diagnostisk Holdepunkt, således at det måtte anses for heldigt, at Klinikerne for Fremtiden havde deres Opmerksomhed henledt derpå. Der var så meget mere Grund hertil, som Undersögelsen af Urinen i det hele taget syntes at skulle komme til at spille en vigtig Rolle for Diagnosen af Leversygdomme og for Vurderingen af deres Prognose. Således havde Doktrinen om, at så vel Diuresens Störrelse som Urinstofkurven til en vis Grad er afhängig af Leverens Funktion, uagtet den var af äldre datum end CHARCOTs Arbejde over Leversygdomme, i den nyeste Tid atter fundet ivrige Talsmänd i CHAUFFARD, SIREDAY og DUPRÉ. Dette forklaredes til Dels af, at der gennem W. VON SCHRÖDERs experimentelle Undersögelser fra Begyndelsen af Firsindstyverne synes at väre fört Bevis for, at Leveren er det Organ, i hvilket Urinstoffets Dannelse af kulsur Ammoniak fortrinsvis finder Sted. (Der omsendtes en Kurve fra et på Foredragsholderens Afdeling iagttaget Tilfälde, hvor Urinstoffets pludselige Synken samtidigt med pludselig Stigning af Temperaturen var umiskendelig.) Foredragsholderen gik derefter over til en kort Redegörelse for Besträbelserne for at udfinde den kavsale Forbindelse mellem de springende Temperaturer og de patologiske Tilstande, hvorunder de kunne forekomme.

Han henledede i så Henseende Opmärksomheden på, at CHARCOT for »Leverfeberens» Vedkommende havde fremhävet, at den gunstigste Betingelse for dens Opståen syntes at väre Tilstedevärelsen af pus eller mucopus, blandet med stagnerende Galde, i de udvidede og betändte Galdegange, og at han fremdeles som en Hypotese havde fremsat Formodningen om, at der under sådanne Forhold dannedes et septisk Stof, en pyretogen Gift, som ved at optages i Blodet betingede Feberen. CHARCOT havde imidlertid erkläret sig renonce med Hensyn til Besvarelsen af Spörgsmålet om, hvorfor Temperaturen blev springende. Man kunde således ikke med FABER väre berettiget til at sige, at CHARCOT havde forklaret Leverfeberens Intermittens ud af mekaniske Retentionsforhold; men höjt regnet kunde man sige, at han i Leverens anatomiske Bygning havde sögt en af Årsagerna til Fänomenet; sikkert havde han väret på det rene med, at der måtte en Samvirken af forskellige Årsager til, for at de pludselige Spring i Temperaturen skulde kunne opstå.

I de Analogier, CHARCOT havde draget mellem Leverfeberen og den uroseptiske Feber, vilde man kunne finde Antydninger i denne Retning, således havde han bl. a. fremhävet, at den Feber, som ledsager Anfald af Galdestenskolik, og hvilken han benävnede hepatalgisk

— i Analogi med Uretralfeberen efter Katheterisation — kunde tänkes betinget af, at Galdestenene under deres Passage gennem Udförselsgangene fremkaldte solutiones continui i Slimhinden og derved muliggjorde Overgangen af pyretogene Stoffer i Blodet, en Synsmåde, der har vundet i Fasthed gennem nyere bakteriologiske Undersögelser og skärpet klinisk Iagttagelse, således som närmere präciseret af ÖRTNER i et Arbejde over Galdeinfektion fra 1894.

Til Forklaring af de springende Temperaturers Patogenese var der altså forelöbig to Momenter at regne med, nemlig for det förste Dannelsen af pyretogene Stoffer i mindre Rum, hvor der var heldige Betingelser for Pusretention, og for det Andet solutiones continui i Väggene af disse Rum, hvorved de pyretogene Stoffers Overgang i Blodet muliggjordes eller dog lettedes. Til Forklaringen af de pludselige Overgange mellem höje og lave Temperaturer syntes det dog nödvendigt at regne med endnu flere Momenter, og det lå da när for Hånden at formode, at de septiske Stoffer, som gik over i Blodet, vare af forskellig Virkning, således at nogle fremkaldte Hypertermi, andre derimod Hypotermi, og herfra var der da kun et Skridt til den Antagelse, at disse Stoffers forskellige Virkning berode på, at de skyldte forskellige Mikrober deres Oprindelse. Forsög på at dokumentere denne Synsmådes Berettigelse vare da også blevne gjorte. I DUPRÉs Arbejde over Galdeinfektion fra 1891 vilde man således finde, at han i Tilslutning til NETTER allerede dengang havde et System fuldt färdigt, idet han hävdede, at Galdeinfektionen gav forskellige kliniske Manifestationer, alt eftersom den var betinget af denne eller hin Mikrob. På denne Läre skulde Foredragsholderen dog ikke komme närmere ind, eftersom senere Iagttagelser havde godtgjort Uholdbarheden af de Forudsätninger, hvorpå den var baseret. Det Resultat, hvortil en Sammenstilling af de seneste Års Undersögelser over Mikrobers Forhold til Suppurationer i Leveren förte, var tvärtimod i Hovedsagen identisk med det Resultat, hvortil ÖRTNER var nået, nemlig at selv om man kunde indrömme disse Suppurationers Afhängighed af en Invasion af Mikrober, så var man forelöbig ganske ude af Stand til at afgöre, om det var bacterium coli commune eller andre Mikrober, som i så Henseende spillede den väsentligste Rolle, og om den nävnte Mikrob fortrinsvis gav Anledning til Hypertermi eller fortrinsvis til Hypotermi. Formodningen om, at Springene i Temperaturen skulde forklares gennem Antagelsen af Blandingsinfektioner, var således indtil videre meget svagt begrundet, og Foredragsholderen skulde derfor for sit Vedkommende ikke have Betänkeligheder ved at underskrive Prof. FABERs Påstand om, at den såkaldte Leverfeber var uafhängig af Infektionens Natur, om han end i Henhold til det tidligere fremförte måtte tage bestemt Afstand fra Påstanden om, at Leveren var det eneste Organ, som »påtrykker Feberen et eget Stempel uafhängig af Infektionens Natur». Foredragsholderen anså det for sandsynligt, at fortsat klinisk Iagttagelse, der tog Sigte på bestemte Punkter, vilde väre i Stand til at bringe os närmere til Lösning af Spörgsmålet om de springende Temperaturers Patogenese. Han skulde i så Henseende minde om, at, ligesom det var utvivlsomt, at den angrebne Organismes Reaktionsävne er bestemmende

for, om der overhovedet kommer Temperaturforhöjelse eller ikke ved denne eller hin patologiske Proces, således måtte den samme Faktor formentlig komme i Betragtning, når det drejede sig om springende Temperaturer. Han skulde fremdeles henpege på, at man ved Septikopyämi ofte kan påvise et nyt focus, hvergang der kommer en pludselig Temperaturstigning, og at man, selv hvor sådan Påvisning ikke lykkedes, dog under de givne Omständigheder regnede med Muligheden af en Translokation af de septiske Stoffer. Endelig skulde han på ny fremhäve, at springende Temperaturer fortrinsvis forekomme, hvor der findes Pusfoci i forskellige Organer eller flere sådanne i samme Organ, samt hvor der findes Suppuration i snävre Hulrum med Sinuositeter, der kunne tänkes at afgive den ene ny Rugeplads efter den anden for Mikroorganismer.

Ved Pyämi findes springende Temperaturer således jävnligt ved Suppurationer i Mellemöret og i processus mastoideus. Man kunde måske, dersom man vilde regne med den af MARAGLIANO fornylig opstillede Läre om den termiske Cyklus ved akute Infektionssygdomme, komme Lösningen noget närmere, men Forklaringen vilde dog kun blive hypotetisk. (*Originalreferat.*)

Prof. FABER. (Köbenhavn.) Det forekom Tal., at han og MYGGE vare mere enige, end M. syntes at antage. Han havde ikke påstået, at de springende Temperaturer udelukkende fandtes ved Leverlidelser; men han havde udtrykkelig fremhävet, at de også fandtes ved andre Sygdomme, navnlig Pyämi, Bronkiektaser og suppurerende Nefriter. Når Nyrerne eller Lungerne vare angrebne, kunde man imidlertid i Regelen let bestemme Sygdommens Säde; men Leveren kunde väre meget lidende uden at give icterus og uden at väre forstörret. Derfor havde den intermitterende Feber så stor Betydning for Diagnosen af Leversygdomme. I Sammenligning med de betydelige Leverdestruktioner var Bronkiektasen i det af M. omtalte, af Tal. offentliggjorte Tilfälde for ubetydelig til at forklare den langvarige Feber. Angående Urinstoffets Forhold havde senere Forfattere ikke kunnet påvise det af REGNARD påviste Forhold mellem Urinstofudskillelsen og Feberanfaldene. Det kunde således i alt Fald ikke väre noget konstant Fänomen.

(*Originalreferat.*)

Prof. K. FABER. (Köbenhavn.) **Kronisk Streptokokpnevmoni.**

For Lungesygdommenes Vedkommende har man med Held i de sidste Decennier sögt at erstatte de tidligere patologisk-anatomiske Sygdomsbilleder med ätiologiske. Denne Besträbelse har den störste Betydning for Kliniken; ti af Ätiologien mere end af noget andet afhänger Processernes Forlöb og altså Sygdommens Prognose. Ved Undersögelse af Expektoratet, dels direkte ved Farvningsmetoder, dels ved Kulturer fra det frisk ophostede og i sterilt Vand afskyllede Expektorat, har man en bekvem Måde til Påvisning af Sygdomsväkkerne hos Patienterne. Betydningen af denne Undersögelsemetode for Tuberkuloselären behöver ej at fremhäves. Også de akute Lungelidelser har

man på denne Måde begyndt at differentiere; man har således ved Siden af den sädvanlige Pnevmokokpnevmoni opstillet den akute Streptokokpnevmoni (FINKLER, WASSERMANN i Tyskland, HOLST, HARBITZ i Norge). Klinisk udmärke disse Pnevmonier sig ved et uregelmässigt, af hyppige Remissioner afbrudt Feberforlöb, ikke så pludselig Begyndelse og protraheret Resolution uden Krise. Patologisk-anatomisk vise de sig som lobuläre Pnevmonier, der dog hyppigt smelte sammen til psevdolobäre Infiltrationer. Bronkierne ere altid stärkt angrebne med purulent Exsudat. Foruden disse »primäre» Streptokokpnevmonier kende vi også Streptokokkerne som Hovedårsag til de sekundäre Bronkopnevmonier ved de almindelige Infektionssygdomme, specielt Difteri.

I nogle Tilfälde indträder Död eller Helbredelse ret hurtigt; men i enkelte er beskrevet et protraheret Forlöb, så at Helbredelse först indtrådte efter nogle Måneders Forlöb. Egentlig kroniske Former ere ikke beskrevne. Tal. var imidlertid kommen til det Resultat, at sådanne ingenlunde ere själdne, men at den kroniske Streptokokinfektion af Lungerne er en Sygdom, hvis Endestadium er bekendt nok under Billedet af kronisk interstitiel Pnevmoni med Dilatation af Bronkierne.

Til dette bronkiektatiske Endestadium når Streptokokinfektionen ad to Veje, eftersom den begynder som en akut Pnevmoni eller som en Bronkit. I förste Tilfälde falder Sygdommen naturlig i tre Stadier. I förste Stadium står man overfor en akut Streptokokpnevmoni med dens ovenfor beskrevne Ejendommeligheder. Hyppigt nok indtager den en af de nederste Lapper og ligner en krupös eller tuberkulös lobär Pnevmoni, idet vi finde Dämpning, bronkös Respiration, Krepitation eller meget fine Rallelyd. Den uregelmässige Feber kan holde sig i nogle Uger, men aftager så, og vi gå over i andet Stadium, der er karakteriseret ved, at Almentilstanden bedres, uden at den objektive Undersögelse viser Tegn på Pnevmoniens Resolution. Der holder sig Dämpning, Respirationen vedbliver at väre stärkt bronkial, Rallelydene blive grovere og talrigere, Expektoratet rigeligere, purulent, sammenflydende. Feberen taber sig, men svinder ikke helt, afebrile Perioder vexle med Perioder med lette Temperaturstigninger, af og til pludselige stärke Stigninger med Kulderystelser. Feberen kan höre helt op, Kräfterne bedres, men Patienten beholder de objektive Tegn på uresolveret Pnevmoni. Sygdommen ligner i dette Stadium i höj Grad en Tuberkulose; den persistente Dämpning nedadtil simulerer en pleuritis, men Bacilundersögelse og Prövepunktur giver negativt Resultat. Efterhånden går Sygdommen over i tredje Stadium, karakteriseret ved Dilatation af Bronkierne og Skrumpning af den infiltrerede Lunge. Expektoratet bliver rigeligere, kommer i större Portioner, Dämpningen aftager og bliver tympanitisk, den syge Side skrumper, Skuldren bliver hängende, scapula udstående, diafragma höjtstående o. s. v. Afmagring, Nattesved, lette febrilia og som oftest mors i Marasme eller på Grund af Komplikationer. I dette Stadium bliver Expektoratet hyppigt fötid, og vi finde regelmässigt de kolbeformigt hypertrofierede Finger- og Tåled med de kuplede, urglasformede Negle, MARIEs osteïte hypertrofiante pneumique.

Ved Sektionen ser man den angrebne Lungedel stärkt skrumpet, beståeude af de mägtigt udvidede Bronkier forbundne med sejgt indureret, mere eller mindre lufttomt Lungeväv.

Den anden Form af kronisk Streptokokinfektion begynder som bronchitis og holder sig således i årevis. Expektoratet er purulent, bliver rigeligere og rigeligere, kan blive fötid. Stetoskopisk i Begyndelsen kun Tegn på bronchitis, senere tillige bronkial Respiration. Fänomenerne ere diffuse, särlig udtalte omkring angulus. I nogle Tilfälde er der hermed forbundet uregelmässig Streptokokfeber, i andre er Patienten årevis afebril. Også disse Patienter nå efterhånden det sidste Stadium med Afmagring, Dyspnö, Hjärtedegeneration, kolbeformede Fingre o. s. v.; men den ensidige Skrumpning mangler. Ved Sektionen ser man de dilaterede Bronkier omgivne af skleroseret Väv, men derimellem luftholdigt, ofte emfysematöst Lungeväv.

I Expektoratet hos disse Patienter kan der altid påvises Streptokokker og altid i stor Mängde. De findes der både i de febrile og de afebrile Perioder, enten alene eller sammen med andre, navnlig i de senere Stadier, når Expektoratet er fötid, synes der altid at väre andre også, men jeg har hos en Patient, som havde väret syg i mange År, set Streptokokkerne väre de eneste Bakterier ved gentagne Undersögelser i Löbet af et Par År.

Der er jo noget ejendommeligt i at se Patienterne i de lange afebrile Perioder stadig opbringe disse store Mängder Streptokokker, og man kunde fristes til at betragte dem som »passive» Snyltere, der på en Måde levede udenfor Organismen uden at påvirke denne. Man kunde tänke sig Skrumpningen som Rest efter en forlöben Betändelse på lignende Måde som en forlöben Endokardit efterlader en Skrumpning af Hjärteklapperne. Alt tyder dog på, at vi virkelig have en kronisk Infektionssygdom, en kronisk Streptokokinfektion i stadig Progression.

Dette ses *klinisk* ved de som Regel jävnt tiltagende Symptomer: den stigende Marasme og Dyspnö, Vanskeligheden ved Hjärtevirksomheden og Fingerdeformiteterne, der först udvikle sig, når Sygdommen har bestået i nogen Tid, ja undertiden först efter adskillige Års Sygdom. Det ses end videre ved den *histologiske Undersögelse.* Som Årsag til Sklerosen ser man rigeligt fibröst Bindeväv, der isär er lejret udenom Bronkierne, men tillige alle Overgange til friskere Betändelsesprocesser, og man finder mellem de skrumpede Partier Alveoler fyldte med helt frisk Exsudat. Selve Streptokokkerne findes ganske vist i störst Mängde i Bronkiernes Exsudat og i de mest overfladiske Lag af deres Slimhinde; men også inde i det frisk infiltrerede Lungeväv kan man se sparsomme Streptokokker. De findes i Vävet og i Slimhindens Epitel kun som Diplokokker; först under deres Växt i Expektoratet voxe de ud til Käder, der i Regelen kun ere korte, höjst 4—6 Led, men i enkelte Tilfälde ere meget lange og sirligt bugtede.

Den stadig tilstedevärende Infektion ses end videre af de *Komplikationer*, der true Patienterne og som for en Del have sin Årsag i, at Infektionen breder sig til andre Organer. Dette gälder således Empyemet; jeg har selv set et Empyem med Streptokokker i Renkultur hos en 9 Års Dräng, der 4 År i Forvejen havde haft Bronkopnev-

moni, og hvis h. Lunge var omdannet til en Mängde bronkiektatiske Hulrum med fibröst Väv imellem. Patogenesen er rimeligvis den samme ved Ledaffektionerne (GERHARDT), Endokarditen, Hjärne- och Rygmarvsabcesserne, Leverabcesserne, alt Komplikationer, der kunne henföres til en Pyämi med Bronkopnevmonien som Udgangspunkt.

At også andre Bakterier end Streptokokkerne kunne give kronisk Pnevmoni med Bronkiektaser, vide vi; ti den kroniske Lungetuberkulose er jo en sådan Proces. Om endnu flere ere i Stand dertil, kan ikke afgöres på Basis af mit Materiale, dertil er Sygdommen ikke hyppig nok. I alle mine 9 Tilf. kunde jeg påvise Streptokokker, men ofte sammen med flere andre, t. Ex. staphyl. aureus.

Diagnosen er efter Symptomerne og Undersögelsen af Patienterne ofte umulig, idet Sygdommen i förste Stadium forvexles med en lobär krupös eller tuberkulös Pnevmoni og i det andet Stadium nästen altid holdes for en Tuberkulose. Undersögelsen af Expektoratet giver jo en god Oplysning; men man kan endda skuffes, idet man kan finde Streptokokker og ingen Tuberkelbaciller og endda stå overfor en Association af disse to Infektioner. Jeg har således set en subakut opstået lobär Infiltration i nederste venstre Lap skyldes en Blandingsinfektion. I Expektoratet fandtes Måneder igennem store Mängder af Streptokokker, og först kort för Döden lykkedes det at finde nogle Tuberkelbaciller. Sektionen viste en lobär, glat, gulgrå Pnevmoni med injicerede, pusfyldte, dilaterede Bronkier; i og udenom disse talrige Streptokokker og i det omgivende Väv miliäre Tuberkler.

At en kronisk Streptokokpnevmoni kan helbredes, også efter at den er nået til de senere Stadier, synes ikke udelukket. Man ser af og ved Sektionerne, at en enkelt Lungelap kan väre helt atrofieret efter at väre omdannet til Bronkiektaser. Processen er falden til Ro, efter at hele Lappen er omdannet til fibröst Väv. Jeg har også set et i övrigt fuldständig rask Individ, der i Barndommen havde haft Bronkopnevmoni efter Difteri og som Rest deraf havde bevaret en Bronkiektase, der ikke kunde påvises stetoskopisk og kun en Gang imellem udtömte sig, ved Latter o. d. I det herved opbragte Sekret syntes der ikke at väre Streptokokker; det måtte altså betragtes som en fuldt forlöben Proces. (*Originalreferat.*)

Dr. C. JANSSON (Stockholm): **Infektionskällan vid ansiktsros.**

Det förefaller egendomligt, att ansiktsros är så mycket vanligare än alla andra former af ros, ty om ansiktet angripes så ofta, emedan det är obetäckt och således lätt utsatt för infektion utifrån, gäller detta i ännu högre grad om händerna, som så ofta äro i kontakt med föremål, som kunna tänkas meddela rossmitta; men ros å händerna förekommer relatift sällan. Ansiktsros börjar vanligen vid näsan, och man har redan länge påpekat ragader vid näsöppningarna som ingångsportar för infektionen. Tvänne symptom finnas vid sjukdomen, som äro tämligen förbisedda, ehuru de rätt ofta inleda den, nämligen snufva och angina. På grund af alt detta vore det ju ej underligt, om själfva infektionsämnet vid erysipelas faciei funnes i näsan eller svalget.

Nu finnes, efter hvad som visats, alltid streptokokker i svalget äfven hos friska personer, och dessa kunna, ehuru de äro utan virulens, bibringas så hög sådan, att de åstadkomma både erysipelas och dödande septikemi. Vid fall af sjukdomen i svalget t. ex scarlatina-angina, hvaraf förf. undersökt många fall, förefinnes sällan så hög virulens hos streptokokkerna, att de ge erysipelas vid inokulation. Vid erysipelas faciei förefinnes ofta en hög virulensgrad hos streptokokkerna i svalget, och i 3 fall, som förf. undersökt, gåfvo de 2 gånger erysipelas och 1 gång septikemi vid inympning i kaninörat. Att de ej visat hög virulens alla gånger, kan bero på, att de, enligt ett kändt förhållande hos streptokokkerna, förlorat en del af sin virulens under kulturmetoden. Denna består i 1 dygns kultivering på agar vid 37° C, och därefter streptokokkoloniens öfverflyttande i buljong och ny kultur vid 37° C,hvarefter 1 grm af denna kultur injicieras subkutant i kaninörat. Författarens observationer äro så få, att han ej skulle tillmäta dem stor betydelse, men de stödjas af undersökningar rörande virulensgraden hos streptokokker från svalget vid normalt tillstånd och olika sjukdomar, som WIDAL och BEZANSON nyligen publicerat. Hos 12 friska personer funnos endast oskadliga streptokokker, som dock kunde göras infektionsdugliga, i 38 fall af angina, difteri, scarlatina, morbilli och variola anträffades sällan högre virulensgrader, men i 10 fall af erysipelas fans hög virulens i 5 fall. På grund häraf anser förf., att streptokokkerna, som i allmänhet äro oskyldiga saprofyter i vårt svalg, under vissa ännu ej tillräckligt kända förhållanden kunna förorsaka erysipelas faciei med eller utan angina och coryza som mellanled, och att infektionen vanligen tillgår på detta sätt. Streptokokken kommer då att höra till samma grupp som pnevmokokken och colibacillen, nämligen saprofyter med fakultativ virulens.

Ett fullgiltigt bevis vore, om man i en persons svalg eller näsa strax före utbrottet af erysipelas faciei funne en högvirulent streptokok.

(*Originalreferat.*)

Öfverläkare F. W. WARFVINGE (Stockholm): **Om kloros och järnbehandling.**

Med hänvisning till sin uppsats i Hygiea (1894, s. 553 o. fl.: »Några ord om kloros») ville W. nu till komplettering af denna meddela några ytterligare af honom gjorda undersökningar. Han framhöll först och betonade skarpt nödvändigheten att ej sammanblanda klorosen med kronisk anemi, med hvilken den ej hade annat gemensamt än en viss, men från anemiens skild, bristfällig blodbeskaffenhet, utan uppfatta *klorosen såsom en alldeles specifik, själfständig, genom uppkomstsätt och hela sin sjukdomsbild väl karakteriserad sjukdom.* Man borde vidare hålla fast därvid, att det är ej vid s. k. anemi i allmänhet utan *vid verklig kloros, som järnet utöfvar sin frappant och konstant framträdande gynsamma verkan.* Stor förvirring i uppfattningen af denna järnets verkan hade emellertid alltid förefunnits, men i all synnerhet hade den gjort sig gällande, sedan experimentalpatologerna framkastat tvifvel om de företrädesvis använda oorganiska järnpreparatens

absorption, tvifvel, hvilka dock genom de senaste undersökningarna syntes böra vara fullständigt undanröjda. Det var emellertid antagandet af en sådan bristande absorption, som gaf upphof till denna BUNGEska teori om järnets blott lokala verkan i tarmkanalen, hvilken trots sin, förut af W. framhållna, uppenbara orimlighet vunnit så allmän tillslutning. För att betaga denna teori alt berättigande borde det blott behöfvas att visa, att järnets verkan på kloros lika eklatant inträder, om det samma tillföres organismen på andra vägar än genom tarmkanalen. Och att så vore händelsen, framginge af en del af W. anstälda försök.

W. hade nämligen i ett antal fall af typisk kloros å Sabbatsbergs sjukhus bibringat patienterna järnet i form af subkutana injektioner. Därtill hade användts citras ferricus i dos af 10 cgm 3 ggr dagl. Af företedda kurvor öfver så behandlade fall framgick vid jämförelse med kurvor öfver patienter, som per os fått stora doser järn (15 Blaudska piller el. 150 cgm. sulph. ferros. dagl.), att tillfriskningen, ökningen af blodets hemoglobinhalt och antalet röda blodkroppar försiggått på samma sätt och ungef. lika raskt i båda fallen, och att sålunda *af järn användt subkutant endast behöfdes ung.* $^1/_5$, *af hvad som för ernående af samma resultat erfordrades vid vanlig administrering* däraf. Man kunde visserligen göra den invändningen, att, då det subkutant insprutade järnsaltet till stor del eliminerades genom tarmen, dess slutliga verkan ändock blefve den samma. Men W. fäste uppmärksamheten på, att denna järnets elimination skedde långsamt, och att det samma därföre endast i en försvinnande liten mängd kunde på en gång vara i tarmen närvarande, samt att i öfverensstämmelse därmed de så behandlade pat. alltid företett normalt färgade öppningar. Till yttermera visso hade W. i ett annat fall gifvit citras ferric. per os i samma dos som vid injektionerna; men ehuru, i motsats till förhållandet vid dessa, det intagna järnsaltet på detta sätt i sin helhet komme i kontakt med tarmväggen och tarmkontenta, ådagalade företedda kurvor, huru härvid verkan på blodbeskaffenheten var lika ringa som vid små per os intagna järndoser i allmänhet. Att vid intagning per os så mycket järn behöfdes för erhållande af åsyftad verkan, berodde därpå, att större delen utfäldes i tarmkanalen, så att blott en mindre del blefve föremål för absorption.

För att utröna, om af de på senare tider för sin förmenta lättare resorberbarhet utpuffade *organiska järnpreparaten* bättre verkan vore att vänta än af de oorganiska, hade W. anstält en serie försök (med ferratin, hemol, hemogallol, liqu. ferri album.), hvilka, såsom genom kurvor åskådliggjordes, syntes tydligt gifva vid handen, att sagda organiska föreningar, långt ifrån att ha något företräde framför de oorganiska, tvärtom vore dessa betydligt underlägsna.

Vidare demonstrerade W. kurvor öfver försök med järn i form af Ronnebyvatten, af hvilka syntes framgå, att vid en så starkt järnhaltig brunn som Ronneby en vanlig brunnstermin med de i allmänhet använda doserna ej är tillräcklig för häfvande af verklig kloros, och att en kur vid våra vanliga järnhaltiga källor i det afseendet intet kan uträtta.

Till slut ville W. till de skäl, han förut anfört för sannolikheten däraf, att klorosen vore en *infektionssjukdom*, hänvisa till en kurvtafla, omfattande fallen af kloros å Sabbatsbergs sjukhus under hvartdera af åren 1879—95, hvilken, med en växling mellan 5 och 68 fall pr år, tydde på en benägenhet för klorosen att uppträda epidemiskt.

(*Originalreferat*).

Prof. RIBBING (Lund): Ehuru jag icke har några sjukhistorier och undersökningskurvor med mig, hvarmed jag skulle kunna styrka min åsikt, vill jag dock gent emot dr WARFVINGE framhålla, att jag funnit goda resultater af mindre järndoser, än han gifver. Jag har i allmänhet funnit 0,10—0,20 trenne gånger om dagen tillräckliga, sålunda 0,30—0,60 pro die. Hälst väljer jag några af de s. k. milda järnpreparaten som lactas ferrosus, pil. myrrh. ferr. ph. s. och jag sätter stort värde på, att järnsaltet kommer i fint fördeladt tillstånd magen till godo. Vår farmakopés pil. ferrat. (Blaud.) undviker jag hälst, kanske mest af estetiska skäl, emedan de vid förvaring börja att se ut som föga aptitliga kulor af järnrost. Af de svagare järnvattnen såsom Porla, Karlstad m. fl. har jag ofta sett god verkan, men deras försvar öfverlemnar jag åt här närvarande brunnsläkare med större erfarenhet i saken. (*Originalreferat*).

Docent K. PETRÉN (Lund): Då dr WARFVINGE omnämnt sina försök med Ronnebyvatten, vill jag blott upplysningsvis meddela, att den i Ronneby vid kloros begagnade dosen vanligen är 300—400 gm och stundom mera, hvilken dos nästan alltid fördrages väl. Det i handeln förekommande Ronnebyvattnet utgöres af den s. k. Berzelius' källa; vid brunnen begagnas vid behandling af kloros den s. k. Abelins källa, hvars järnhalt vanligen är ungefär dubbelt så stor som den hos Berzelius' källa.

Då jag ej egt kännedom om, att denna fråga skulle förekomma å kongressen, har jag ej här vid handen några sifferuppgifter, som utvisa den hastighet, med hvilken blodrestitutionen försiggått vid brunnsdrickningen med Ronnebyvatten. (*Originalreferat*).

Öfverläkare WARFVINGE (Stockholm): Hans mening hade visst icke varit att framhålla pil. ferrat. Blaud. såsom det enda dugliga järnpreparatet vid kloros, ehuru han ansåge dem såsom ett förträffligt sådant. Enligt hans åsikt kunde man med fördel vid denna sjukdom använda nästan hvilket järnmedel som hälst, blott man däraf gåfve tillräckligt stor dosis. Med teskedsvis intagning af liquor ferri albuminati, med 1 à $1^1/_2$ gram ferratin o. dyl. uträttade man för visso intet nämnvärdt mot kloros, och utpuffandet af det ena organiska järnmedlet efter det andra gagnade ingen annan än fabrikanterna. W. fästade uppmärksamheten på, att han i sitt meddelande endast afsett järnets verkan mot sagda sjukdom, och att han ej ville bestrida samma medels möjliga gagn i smärre doser såsom tonicum vid diverse svaghetstillstånd. (*Originalreferat*).

Dr. BRUHN-FÅHRÆUS (Stockholm): **Studier öfver levkocytosen.**

Den literatur, som under de senaste åren uppstått öfver levkocytosen, är särdeles riklig. Sedan RIEDER utgaf sitt arbete 1891, torde ett ej ringa tillskott dels af rent kliniska studier, dels af experimentelt patologiska tillkommit, så att nu den literaturförteckning, som mer eller mindre berör ämnet, ej torde understiga 250 nummer. Mycket återstår emellertid ännu att göra äfven på det kliniska området. Lockad af det intresse, som ämnet onekligen erbjuder, har jag därför under en del sjukliga tillstånd studerat de hvita blodkropparnas talförhållanden, hvarvid det rikliga material, som k. Serafimerlasarettets medicinska klinik erbjuder, stått till mitt förfogande. Vid mina undersökningar har jag begagnat mig af den s. k. ättiksyremetoden, för hvilken jag här ej torde behöfva redogöra. Jag vill endast anmärka, att jag användt det af ZAPPERT modifierade räkneglaset, som skiljer sig från det vanliga ZEISSska, därigenom att det indelade kvadratiska området är 9 gånger större. Vid hvarje bestämning har i medeltal 250—300 levkocyter räknats.

De olika teorier, som under årens lopp framstälts för att förklara levkocytosens genes, hafva i en af GOLDSCHEIDER och JAKOB utgifven och i 25 bandet af Zeitschrift f. klin. Medicin införd afhandling fått en kritisk belysning, som efterföljes af en delvis ny teori om hyper- och hypolevkocytosen, hvilken teori de båda författarne grunda på sina egna iakttagelser.

I alla teorierna spelar läran om chemotaxis en viktig rol. Enligt den förklaring, som GOLDSCHEIDER och JAKOB uppstält, skulle de kemotaktiskt värkande ämnena, alt efter den koncentration de hafva, då de träffa väfnaderna, utöfva en repellerande eller attraherande värkan på levkocyterna. Hvarifrån det tillskott af levkocyter härstammar, som vid de olika formerna af levkocytos uppträder i blodet, är ännu oafgjordt. Om det kommer till stånd genom ökadt tillopp af cellelement från de blodbildande organen, eller om det bör tillskrifvas en abnorm fördelning af de redan i blodmassan förut varande färglösa elementen, eller om båda dessa faktorer härvid göra sig gällande, därom äro meningarna ännu delade.

Den form af levkocytos, som i det följande kommer att afhandlas, är den patologiska. Den fysiologiska och den experimentela komma helt och hållet att förbigås. Det samma gäller äfven den till den patologiska levkocytosen hörande agonala och posthemorragiska.

Såsom medelvärde för levkocytantalet hos friska, som ej befinna sig på höjden af digestion eller för länge fastat, uppgifver RIEDER 7680 eller i rundt tal 7500, ett tal, som stämmer rätt väl öfverens med den erfarenhet, jag för närvarande har om denna sak. Variationer af 1000—1500 uppåt och nedåt få ännu anses ligga inom de fysiologiska gränserna.

Bland de med levkocytos förlöpande sjukdomarna torde pnevmonien vara den i detta afseende bäst kända. I 16 fall har jag gjort dagliga undersökningar under längre eller kortare tid af sjukdomsförloppet. I alla fall utom ett förefans en tydlig, i vissa

fall rätt höggradig levkocytos. Ofta kunde en särdeles i ögonen fallande parallelism mellan feberkurvan och levkocytkurvan konstateras. Ej ovanligt är emellertid, att sänkningen af levkocytkurvan inträffar en eller två dagar senare än sänkningen af temperaturkurvan. Det motsätta förhållandet torde mera sällan inträffa. En och annan af mina kurvor lemnar exempel på det af flere forskare påpekade förhållandet, att vid psevdokriser levkocytkurvan håller sig öfver den normala nivåen, trots det att temperaturkurvan sänker sig till det afebrila området. Någon parallelism mellan storleken af det angripna lungpartiet och levkocytosens grad har jag ej kunnat konstatera. Särskildt upplysande i detta afseende är just ett fall, där samma patient med 9 månaders mellantid vårdades på lasarettet för akut pnevmoni. Att döma af de fysikaliska symptomen hade inflammationen vid det senare tillfället mindre utsträckning än i det förra, men icke desto mindre höll sig levkocytkurvan på en högre nivå.

Svåra dödliga fall af pnevmoni förlöpa utan levkocytos. Detta faktum har blifvit konstateradt af åtskilliga forskare (HALLA, KIKODSE, V. JAKSCH m. fl.) I det ena af de båda letalt förlöpande fall, jag undersökt, fattades levkocyter. Levkocytantalet var här endast 7320 pr. kb. millimetern. Det andra fallet, som gick till dödlig utgång, företedde emellertid en ej obetydlig levkocytos.

Den åsikt, som gjort sig gällande med afseende på levkocytosens förhållande vid plevriter, och enligt hvilken ett i utveckling stadt exsudat skulle vara förenadt med levkocytos, medan däremot levkocytos skulle saknas vid ett stationärt, stämmer ej väl med de undersökningar, jag verkstält. I 7 fall af exsudativ plevrit har jag gjort levkocyträkningar. 3 fall företedde ingen levkocytos, och i 2 af dessa förelåg misstanke på tuberkulos; det 3:e företedde tydliga tecken på ett i utveckling stadt exsudat. Af de 4 öfriga fallen, som visade en tydlig levkocytos, vill jag endast framhålla ett, där patienten i fråga varit sjuk i 3 månader, och där under de närmaste veckorna ingen förändring med afseende på exsudatet kunde konstateras. Här var således ej fråga om ett i utveckling stadt exsudat, men icke desto mindre förefans, såsom nämndt, levkocyter.

3 sjukdomsfall, som förlöpte under bilden af en tuberkulös meningit, företedde lindrig levkocytos. Emellertid visade obduktionen, att tuberkulos förefans i en hel del andra organ, särskildt lymfkörtlarna. Närvaron af levkocyter vid meningit talar således ej direkt mot åkommans tuberkulösa natur.

I 9 fall af perityflit kunde en mer eller mindre höggradig levkocytos konstateras, hvilken synes fortfara äfven en tid efter verkstäld operation. Levkocytkurvan är här mycket oregelbunden, ehuru i ett och annat fall en viss parallelism mellan den samma och feberkurvan kan konstateras. Det händer ej sällan, att levkocytkurvan håller sig betydligt öfver den normala nivåen, trots det att temperaturen är afebril en eller flere dagar. Närvaron af levkocytos vid en perityflit torde trots normal temperatur tala för, att den inflammatoriska processen ej är utlupen, och mana till försiktighet vid behandlingen.

En del andra infektionssjukdomar såsom scarlatina, difteri, rheumat. art. m. fl., som likaledes förlöpa med levkocytos, hafva äfven varit föremål för mina undersökningar. Den utförligare redogörelsen för dessa hoppas jag vid ett annat tillfälle få lemna.

Levkocyternas talförhållande vid maligna nybildningar visar ett växlande förhållande. Ofta kunde en måttlig levkocytos konstateras, men ej sällan var de hvita blodkropparnas antal normalt. Som bekant har v. LIMBECK försökt att förklara detta förhållande därigenom, att endast, när svulstmassor från en malign nybildning komma till resorption, uppstår levkocytos.

Mina undersökningar öfver de hvita blodkropparnas talförhållanden vid tyfoidfeber visade, att i alla de 13 fall, som jag varit i tillfälle att dagligen följa under längre eller kortare tid af sjukdomsförloppet, och på hvilka jag gjort öfver 200 blodkroppsräkningar, kunde en tydlig hypolevkocytos konstateras. I början af sjukdomen kan man stundom påträffa ett normalt antal hvita blodkroppar. Har man emellertid hunnit ett stycke in på 1:a veckan, finner man i allmänhet en tydligt uttalad hypolevkocytos. Den största sänkningen inträffade under slutet af 3:e veckan eller i början af den 4:e. Under detta skede antecknades hos två olika patienter vid upprepade tillfällen så låga värden som 1,200 och 1,100. Båda dessa fall kunde betecknas såsom svåra. Emellertid funnos fall, som kunde sägas vara fullt ut lika allvarsamma, men där hypolevkocytosen var ganska måttlig. Eu patient, som under det amfibola stadiet företedde multipla abscesser, visade en samtidigt med abscessernas bildning uppträdande höjning i levkocytantalet, vid ett tillfälle t. o. m. en lindrig levkocytos. Eu del andra forskare (RIEDER, v. LIMBECK) anföra fall af tyfoidfeber, komplicerade med pnevmoni och abscessbildningar, men icke desto mindre förlöpande utan levkocytos.

Att äfven, såsom RIEDER framhållit, vid svåra anemier en hypolevkocytos förekommer, har jag äfven kunnat konstatera. Så visade ett typiskt fall af perniciös anemi endast 1,700 levkocyter pr kb.-millimetern. Däremot kunde vid en del kloroser ingen konstant sänkning af de hvita blodkropparnas antal påvisas.

Det lider intet tvifvel om, att studiet af levkocytosen vid flere olika tillfällen kan lemna rätt goda hållpunkter vid ställandet af en diagnos och vid bedömandet af prognosen. De växlingar, som de hvita blodkropparnas antal förete vid en del sjukliga processer, såsom vid karcinom och plevrit, förringa nog vid många tillfällen värdet af en blodkroppsräkning. I den mon emellertid, som fortsatta undersökningar, kliniska forskningar och experimentelt patologiska studier hunnit kasta mera ljus öfver levkocytosens etiologi, torde bestämmandet af de hvita blodkropparnas antal vnna mer och mer intresse. (*Originalreferat*).

Dr L. WOLFF (Göteborg): **Hvilket värde har undersökningen af maginnehållet visat sig ega, specielt för magsjukdomarnas diagnos och behandling?**

Under ett fjärdedels sekel ha nu för diagnostiska ändamål företagits magsaftsundersökningar. En återblick på de resultat, dessa lem-

nat, torde därföre vara på sin plats. Hvarje ökning i vårt vetande rörande biologiska förhållanden är en vinning; ökad kunskap om organismens eller de enskilda organens sätt att funktionera ökar ock möjligheten att kunna påverka de samma. Tack vare de moderna undersökningsmetoderna, är ej häller magsäckens sätt att arbeta en hemlighet för oss.

De hittils gjorda undesökningarna rörande dess olika funktioner ha i talrika fall gifvit oss bestämda hållpunkter vid bedömande af patologiska fall, såväl i afseende på diagnos som prognos och terapi. Genom maginnehållets undersökning öfvertyga vi oss om, huru ventrikeln besvarat en anbragt retning — en profmåltid —, om den smält det tillförda materialet, i tid befordrat det samma i tarmen o. s. v. För att vinna dessa, praktiskt viktiga upplysningar bör maginnehållet underkastas följande prof: noggrann *makroskopisk undersökning*, *kemisk undersökning* angående *fri saltsyra*, *totalaciditet*, vid behof approximativ bestämning af den fria saltsyrans mängd, prof på *jäsningsprocesser*, framför alt *mjölksyran*, dessutom, särskildt vid bristande HCl, pröfning på *löpe och pepsin*. I enstaka fall, särskildt vid misstanke på hypersekretion eller gallflöde till ventrikeln, kommer härtill *undersökning på fastande mage;* någon gång kan därjemte *mikroskopisk undersökning* af innehållet äfvensom *kvantitatift* prof på *fermenter* vara önskvärd.

Vidlyftigare kvantitativa bestämningar af fri eller bunden saltsyra o. s. v. kunna för praktiska behof undvaras.

I afseende på *aciditetsbestämningarna* må erinras, att såsom *fri syra* betraktas den, som är påvisbar med de vanliga färgreaktionerna; äro dessa väl utpräglade, saknas i regel abnorma jäsningsprocesser. *Totalaciditeten* motsvarar då — praktiskt taget — den s. k. *fysiologiskt verksamma* saltsyran, den bundna + den fria = den secernerade. Utfalla HCl-reaktionerna svaga eller icke als, måste prof på *mjölksyra* göras. Förutsatt, att profmåltid och undersökning företagits enligt faststälda grundsatser, är mjölksyrans närvaro alltid *patologisk*, tydande dels på otillräcklig sekretorisk, dels på minskad motorisk förmåga hos ventrikeln.

I hvad afseende ha nu dessa undersökningar underlättat diagnostik och differentialdiagnostik? Magkatarren har fått objektiva, under lifvet påvisbara kännetecken: minskad HCl-afsöndring, minskad fermentativ kraft i sekretet, ofta ökad slemafsöndring, i mera framskridna fall därjämte abnorma jäsningsprocesser samt nedsatt motilitet.

Magatrofien, förr snart sagdt ett patol.-anatomiskt kuriosum, har blifvit en fullt bestämd sjukdomsbild; magsaftundersökningen anger: *konstant* defekt i magkörtlarnas specifika funktioner, ingen HCl, intet pepsin eller löpeferment, därjämte ingen *slemafsöndring*.

Magkräftan förlöper — i regel — med bristande HCl-afsöndring, rikligt med jäsningsprocesser och — i något så när gamla fall — betydlig nedsättning i motilitet. *Magsåret* visar nästan konstant hög aciditet af HCl, ett gif akt! å ena sidan vis-à-vis kräftan, å andra sidan vis-à-vis smärre former af *anemi* och *kloros*, under hvilken mask ofta nog ett magsår döljer sig. En konstant hög HCl-halt kan här

vara ett värdefullt symptom: den genuina anemien och klorosen äro i regel åtföljda af nedsatt HCl-halt.

Den *motoriska insufficiensen* hos ventrikeln är väl — åtminstone i de lindrigare graderna — ej diagnosticerbar utan magsaftsundersökning. Viss tid efter en profmåltid är en magsäck med normal motilitet tom; nämnvärda afvikelser i detta hänseende antyda bestämdt en nedsättning i dess muskulära verksamhet, och detta ofta nog oberoende af dess sekretoriska.

Den *nervösa dyspepsien* — sådan LEUBE ursprungligen tecknat den samma — är en rubbning i ventrikelns sensibla apparat — en hyperestesi —, förlöpande med full sufficiens i dess sekretoriska såväl som dess motoriska verksamhet. Måste de 2 sist nämnda faktorerna konstateras före diagnosens ställande, är således ingen diagnos möjlig utan undersökning af maginnehållet. Än mer gäller detta för *sekretionsnevroserna*, som utan denna metod väl hitintils förblifvit obekanta.

Afsöndringen af HCl rör sig normaliter inom tämligen vida gränser; dock finnas vissa gränsvärden såväl uppåt som nedåt, som ej gärna — åtminstone *konstant* — få öfverskridas, utan att man är berättigad tala om patologiska förhållanden. Äfven vid *andra magnevroser* kan magsaftsundersökningen ha betydelse: just det växlande resultatet, ena gången angifvande aciditet, andra gången hyperaciditet o. s. v. ger oss en vink, att det gäller en nevros, ej en åkomma med patol.-anatomisk basis.

Och nu några ord om den ledning, som den nämnda metoden kan skänka med hänsyn *till behandlingen.*

En terapi utan diagnos är ett i regel otillåtet experiment; en diagnos utan undersökning är ingen diagnos. Ju fullständigare denna senare, ju klarare det speciela fallets natur och de funktionela rubbningar, som betinga eller åtfölja det samma, desto mera noggrant och individuelt kan behandlingen afpassas. Att den direkta undersökningen af ett organ under pågående verksamhet härvidlag skall kunna lemna de bästa upplysningar, är tydligt nog. Kunna vi återföra ett organ till normala funktioner, så skaffa vi de gynsammaste förutsättningarna för restitutio ad integrum, äfven där patol.-anatomiska förändringar redan inträdt. Äro utsikterna till hälsa små eller inga, är det så mycket viktigare att rätt kunna begagna ännu för handen varande funktionsduglighet, undvika all skadlig invärkan på den samma, ja till och med att göra den för handen varande *abnormiteten* till en nyttig tjänare åt organismen.

Vid fall af *jäsningsprocesser* i ventrikeln, hvarför ej motarbeta de samma genom magsköljningar, genom desinficerande medel, vare sig det för ventrikeln naturligaste, saltsyra, eller små mängder resorcin, kreosot, kreolin, vismut o. a.?

Vid fall af *insufficient HCl-afsöndring*, hvarför icke stimulera sekretionen medelst nux vomica, med svaga koksaltvatten, genom mekanisk, elektrisk behandling o. s. v., där någon sannolikhet för ökad sekretion ännu finnes? Och vid *hypersekretion* och liknande tillstånd, hvarföre icke kraftigt neutralisera med alkalier eller söka inskränka sekretionen

genom medel sådana som nitr. argenticus, extr. belladonnæ, sulphat. natric., koksalt i större mängd, karlsbader-salt o. s. v. och framför alt, hvarföre icke låta bli den gamla ordinationen, saltsyra?

Vid fall af *motorisk insufficiens* är ju behandlingen gifven: magsköljning, massage, elektricitet; nux vomica, kreosot o. s. v. invärtes. Vid högre grader af denna åkomma — vid *dilatationen* —, där ej de nämnda medlen förslå, kan *kirurgien* ännu mången gång räcka oss en hjälpsam hand. I och för *valet af operation* kan det ej vara likgiltigt, om vi ha att göra med en såväl i motoriskt som sekretoriskt hänseende absolut insufficient ventrikel eller ej.

Vid den *vanliga magkatarren*, särskildt den slemmiga formen, torde en efter magsaftsundersökningen afpassad behandling med magsköljning, slemlösande, svagt alkaliska eller koksaltvatten o. s. v. helt säkert ha de bästa utsikterna att kunna göra värklig nytta.

Och nu till *dieten*, denna den viktigaste faktorn i magterapien. Ju mera vi känna till ventrikelns sätt att funktionera i det speciela fallet, desto lättare blir det — helt naturligt — att anordna lämplig kost. Ty att ventrikeln har sin bestämda betydelse såsom ett matsmältningsorgan, kan ej betviflas; om andra delar af vår digestionsapparat i enstaka fall visat sig kunna kompensera dess bristande funktion, så talar detta endast för de underbara krafter och möjligheter, öfver hvilka naturen förfogar, när det gäller att hålla den stora lifsmekanismen i gång, äfven om en eller annan del däri blifvit insufficient. — I afseende på *speciela dietregler*, så har teoretiskt resonnemang liksom pröfvad erfarenhet lärt oss bl. a. följande: vid *motorisk insufficiens* passar bäst relativ torrdiet, koncentrerad näring i för magsaften lätt åtkomlig form och efter dennas sammansättning och aciditetsförhållanden lämpad kvalitet, gifven i oftare upprepade måltider; vid *hypersekretion* och liknande tillstånd rikligt, ägghvitehaltigt material, amylacea endast i minsta möjliga mängd och väl preparerade; vid *minskad sekretion* smärre måltider, fint fördeladt, lättsmält ägghvite-material, amylacea i riklig mängd. Vid *högsta grader af HCl-deficit:* minsta möjliga mängder ägghviteämnen, af erkändt lättsmältaste art, bäst i form af peptoner, albumoser, sometoser, bovinin o. s. v.; hufvudsakliga dieten bör bestå af väl kokta kolhydrater, hvilka ju i en magsäck, sådan som den i fråga varande, lugnt kunna fortsätta det genom spottens inverkan påbörjade sacharificeringsarbetet. För att undvika olägenheterna af den bristande magkemismen kan det stundom vara fördelaktigt att genom regelbundet intagande af bikarbonat + pankreatin efter måltiderna inleda en slags tarmdigestion i själfva ventrikeln.

I de flesta fall af *nervös dyspepsi* i egentlig mening må man gärna gifva en kraftigt närande, omväxlande diet; endast vid höggradiga hyperestesier kan det bli nödvändigt att till en början rent af sätta magen ur verksamhet och uppehålla näringsbehofvet medelst närande lavemang för att sedan så fort som möjligt öfvergå till kraftig kost. Ty här gäller det att korrigera en sjuklig känslighet, en nervös utmattning, och det bästa korrigens härför är utan tvifvel i de flesta fall kraftig nutrition och därmed följande frisk och lifskraftig cirkulation.

Kasta vi nu *en blick tillbaka*, på hvad vi funnit, rörande värdet af maginnehållets undersökning, så kan denna — särskildt om den upprepas och kontrolleras — låta oss tränga till djupare kännedom om magens förmåga att fylla sin uppgift, och denna *pröfning af magens funktionsduglighet är ej någon lyxartikel* inom vår diagnostiska apparat. Den har bidragit att reformera den gamla klassifikationen af magens sjukdomar, skänkt oss nya, objektiva hållpunkter och därigenom bland annat klarat det mörka kapitlet om den kroniska magkatarren och de kroniska dyspepsierna, å andra sidan riktat nosologien med flere nya, typiska sjukdomsbilder. Och detta har ej blott teoretisk utan stor praktisk betydelse; jag skulle kunna styrka den med talrika fall, dem jag själf iakttagit. Utrymmet tillåter dock ej detta. Jag vill blott erinra, det *undersökningen* för mig blifvit af *afgörande diagnostisk betydelse* i flere fall, där det gält att skilja emellan cancer eller hypersekretion, katarr eller nervös dyspepsi, katarr eller hypersekretion, katarr eller cancer, cancer eller ulcus, klorotisk hyperestesi eller ulcus o. s. v.

Och i *terapevtiskt* hänseende ega vi åtminstone några hållpunkter, i synnerhet som genom de nämnda undersökningarna för en hel del medikamenter utrönts, huru de invärka på magens olika funktioner. Har undersökningen af maginnehållet således ett bestämdt diagnostiskt och terapevtiskt värde, så har det detta dock hufvudsakligen såsom ett i vaksam och kunnig hand värdefult supplement till våra öfriga kliniska undersökningsmetoder. Hur vi än månde väpna oss med magsond, reagensglas och byrett, så komma vi ej till någon diagnos eller någon rationel terapi utan fullständig klinisk analys och tillgodogörande af alla den fysikaliska diagnostikens hjälpkällor.

(*Originalreferat.*)

Dr C. RASCH (Köbenhavn). **Om Forholdet mellem Hudsygdomme og den artritiske Diatese.**

Ligefra Oldtiden og til Midten af dette Århundrede har man tilskrevet de indvortes Sygdomme en meget stor Betydning i Dermatosernes Ätiologi; men fra Begyndelsen af Halvfjerdserne eller lidt tidligere er der heri i det mindste i tysktalende og skandinaviske Lande sket et stort Omslag, idet den såkaldte Wienerskole med HEBRA og KAPOSI som Talsmänd optrådte imod Diatesernes Betydning. Resultatet heraf er blevet, at kun meget få Läger i Tyskland og Skandinavien tillägge de konstitutionelle Forhold nogen större Betydning. Imidlertid, jo mere man ser af Hudsygdomme, og jo mere man studerer disse Sygdommes ätiologiske Forhold, desto mere overbevist bliver man om, at konstitutionelle Forhold og isär den artritiske Diatese spille en overordentlig stor Rolle i disse Lidelsers Ätiologi, således som det altid har väret hävdet af den franske kliniske Skole.

Ved Undersögelse over Artritismens Betydning i Hudsygdommenes Ätiologi er der en meget stor Forskel i Resultatet, eftersom Undersögelserne ere anstillede i privat Praxis eller hos Poliklinikpatienter. Ved de förste Patienter finder man genemgående et meget höjere Procentantal

end hos de sidste, fordi de bedre stillede i Samfundet have langt fyldigere Kendskab til deres Familie end de fattige. De her omtalte Undersögelser ere derfor anstillede på Privatpatienter.

På Forhand må man vente, at Huden, som er et Exkretionsorgan, ved en Stofskiftesygdom som arthritis må frembyde sygelige Forandringer; dette er da også i stor Målestok Tilfäldet. Artritikerne have i det hele en vulnerabel Hud, alle skadelige Indvirkninger på Huden have hos denne Klasse Mennesker et langt stärkere Udslag end hos andre. Artificielle Dermatiter gå let over i Ekzem. Parasitäre Hudsygdomme kunne väre Udgangspunktet for gigtiske Eruptioner. Denne Irritabilitet viser sig allerede ofte hos Barnet i Vuggen; et enkelt Loppestik giver hos et sådant Barn ofte Anledning til en universel urticaria. Senere findes hyppig *hyperidrosis* og de *seborroiske Ekzemer*; i de förste Ungdomsår forekommer jävnlig den Sygdom, som BOUCHARD kalder *Ekzem* på Indsiden af Fingrene, en Sygdom, der i Virkeligheden er TILBURY FOX's Dysidrosis. Meget hyppig er *seborrhœa capitis* med tidligt Håraffald, samt intertrigo på Grund af Fedme og Sved.

Hvad de enkelte Hudsygdomme angår, da viser det sig, at selv Dermatoser med kendte Parasiter, som *pityriasis versicolor* og *erythrasma* ganske fortrinsvis findes og trives hos Artritikere, rimeligvis fordi disse i deres Sved producere Stoffer, der begunstige vedkommende Parasits Udvikling. *Scabies* kan hos visse nervöse Artritikere give Anledning til en i lange Tider varende pruritus (Psorofobi). Det samme gälder undertiden om pediculosis vestimenti.

Hvad *lupus erythematosus* angår, da mener jeg med ERNEST BESNIER, at den er et Udslag af en sväkket Form af Tuberkulose. Jeg har iagttaget en Del Tilfälde, der göre det sandsynligt for mig, at Sygdommen er at opfatte som en *Hybrid af Tuberkulose* og *Artritis* med Seborreen som Mellemled.

Erythema Pernio (Frostknuderne) findes hyppig hos Börn af tuberkulöse; de findes også ret hyppig hos artritisk disponerede, og jeg mener at have set Tilfälde, der bekräfte den af BROCQ fremsatte Opfattelse, at de hos disse Börn have et kortere og mere godartet Forlöb end hos de tuberkulöst disponerede.

Urticaria forekommer jävnlig hos Patienter med arthritis urica eller nervös Hereditet. Meget hyppig forekommer en ätiologisk Association bestående af arthritis urica og kronisk colitis. Den såkaldte *Dermatografisme* (Tilböjeligheden til at få persistent urticaria ved ethvert Travme) må opfattes som en Form af urticaria. Den findes nästen kun hos Artritikere med stärkt nervöst Anströg.

De af CHAUVEL og NÉGRIER o. a. beskrevne *efemere Ödemer* af artritisk Oprindelse har jeg set to Gange, bägge Gange hos Patienter med arthritis urica.

Den *pludslige Rödme af Ansigtet* (æstus volatilis Graves, Duckworth) har jeg set to Gange, bägge Gange hos Nevro-artritikere.

De forskellige Former af *pruritus* ere särlig hyppige hos nervöse Artritikere. Denne Iagttagelse er allerede gjort af RAYER (1835) og senere bekräftet af mange, sidst af C. LANGE.

DÜHRINGS *pruritus hiemalis*, der er temmelig själden i Danmark, har jeg set 2 Gange, bägge Gange hos erklärede Artritikere.

Når man skal diskutere *Ekzemets* Forhold til arthritis, må man först og fremmest udrense alle de Sygdomme fra Ekzemgruppen, som Wienerskolen med Urette har bragt derind, nemlig: impetigo, det såkaldte eczema marginatum, de akute artificielle Dermatiter, dysidrosis, lichen simplex acutus, lichen simplex chronicus og BESNIERS Prurigos diathésiques. Efter denne Udrensning viser det sig, at en udtalt artritisk Disposition forekom hos *en Tredjedel af Patienterne* med Ekzem. Imidlertid er Dispositionen alene i Reglen ikke tilsträkkelig til at fremkalde Ekzemet; men der findes her som så ofte ellers i Patologien jävnlig en *Association af Årsager*. De medvirkende Årsager vare hyppig artificielle Dermatiter, derefter kom kroniske Lidelser af Digestionskanalen og funktionelle Lidelser af Nervesystemet. De Former af Ekzem, som hyppig findes hos Artritikere, er det seborroiske Ekzem, det genitale og perianale Ekzem (hyppigst fremgået af en pruritus), det kroniske Ekzem på Händer og Födder, särligt opträdende i runde blegröde plaques, det kroniske piläre Ekzem på Overläben, det i pludselige Anfald opträdende erysipelas lignende Ekzem i Ansigtet. Denne Form angives også af BROCQ som nästen altid artritisk.

Ekzemets Forhold til arthritis er af stor praktisk Betydning, idet det hänger nöje sammen med Spörgsmålet om Behandlingen og särlig med den diätetiske Del af denne. Som bekendt hävder Wienerskolen, at Diäten er uden Betydning; men med BESNIER og BROCQ og de fleste andre nu levende franske Dermatologer kan jeg ikke indträngende nok hävde, at Diäten og den hygiejniske Ordning af Patientens hele Liv er af lige så stor Vigtighed som den lokale Behandling. For det enkelte akute Udbruds Vedkommende er Betydningen heraf ikke altid iöjnefaldende, skönt ofte meget fremträdende; men vil man virkelig helbrede visse Ekzemer, det vil sige sörge for, at ikke alene det nuvärende Udbrud bringes til at svinde, men at Patienten også bliver fri i Fremtiden, da må man absolut hävde, at han i lange Tider må holde Diät. BROCQ hävder, at den skandinaviske Race ikke er underkastet de skadelige Virkninger af en uheldig Diät; men dette er ikke mere Tilfäldet, måske til Dels fordi Öldrikningen i de sidste År er bleven så stärkt udbredt.

Ved *psoriasis* fandtes en udtalt artritisk Disposition hos Halvdelen af Patienterne. Også ved denne Sygdom er Diäten af Betydning; ved passende Diät er Prognosen näppe så slet, som antaget af Wienerskolen.

Af andre Hudsygdomme, der med overvejende Hyppighed findes hos Artritikere, findes den recidiverende herpes på genitalia og i Munden, Xanthomet på Öjelågene, dysidrosis manuum, hyperidrosis, Seborrhoen under dens forskellige Former og acne rosacea.

Dr R. résumerede Resultatet af sine Undersögelser i omtrent fölgende Ord: Visse Hudsygdomme, isär det sande Ekzem, psoriaris, pruritus, urticaria, recidiverende herpes o. s. v., ere en integrerende Del af den artritiske Diateses Manifestationer. Derfor höre disse mest »externe» af alle Sygdomme nöje sammen med den interne Medicin. Ofte kan deres Tilstedevärelse väre af stor praktisk Betydning for Internisten, når det drejer sig om Diagnosen af indvendige Sygdomme. Da det er

min Erfaring, at de interne Patologer i Danmark, påvirkede af den fra Wien udgåede exklusivt patologisk-anatomiske Opfattelse af disse Sygdomme, ikke skänke dem den Opmärksomhed, som de fortjäne, har jeg vovet at fremföre dette Spörgsmål på denne Kongres. Jeg er overbevist om, at både Internister og Dermatologer, og ikke mindst Patienterne, ville have Fordel af, at den her forsvarede Opfattelse bliver den almindelige. (*Originalreferat*).

Dr F. LEVISON (Köbenhavn): Indrömmede Foredragsholderen, at adskillige Hudsygdomme syntes knyttede til en fälles Grundlidelse, men havde ikke hverken af Foredraget eller af de Forfattere, som tidligere havde benyttet Betegnelsen »Artritisme», kunnet få nogen klar Forestilling om denne Grundlidelses Natur; han spurgte derfor Foredragsholderen, om denne kunde definere Begrebet Artritisme närmere. (*Originalreferat*).

Dr RASCH (Köbenhavn): Kunde lige så lidt som L. give nogen Definition på Artritisme; han diagnosticerede artritisk Diatese, når Pat. selv, hans Forädre eller Bedsteforäldre havde frembudt Tegn på arthritis (Gigt eller lithiasis).

Dr F. LEVISON (Köbenhavn): Det overrasker mig ikke, at Dr. RASCH ikke vil definere Begrebet närmere; men dette beror sikkert på, at dette Sygdomsbegreb sväver i Luften. Så länge man med de franske Forfattere tänkte sig Artriten at bero på et langsomt, forsinket Stofskifte, hvorved Äggehvidestofferne dannede Urinsyre i Steden for Urinstof, kunde man endnu forbinde nogen Forestilling med Ordet Artritisme; men nu, da alle, også moderne franske Forfattere, havde ladt denne Teori falde, er denne Betegnelse uden noget virkeligt Indhold, og man vilde stå sig bedre ved at lade sig nöje med at sige, at visse Hudsygdomme ikke blot ere lokale Lidelser, men stå i Afhängighed af Lidelser eller sygelige Anläg af hele Organismen, hvis Natur endnu er ukendt. (*Originalreferat*).

Dr F. LEVISON (Köbenhavn): **Om Behandling af Gigt (arthritis urica) og särlig af denne Sygdoms kroniske Former.**

M. H. Jeg skal i Dag väsentlig beskäftige mig med Spörgsmålet om Behandlingen af arthritis; det vil imidlertid väre nödvendigt at forudskikke et Par Ord om min Opfattelse af denne Sygdom, ud fra hvilken jeg mener, at Behandlingen bör ledes, medens Tidens Knaphed dog tvinger mig til at lade mig nöje med at fremstille denne Teori uden at begrunde den närmere eller dröfte den sammenholdt med de övrige gängse Forestillinger om Gigtens Patogenese; dem, der måtte önske närmere Oplysninger herom, må jeg henvise till tidligere Arbejder om samme Ämne.

Arthritis urica, hvis väsentligste Symptom er Aflejring af surt urinsurt Natron (Biurat) i Led, Brusk o. s. v., beror efter min Opfattelse på et Misforhold mellem Nyrernes Ävne til at udskille Urinsyre og det

Kvantum Urinsyre, som dannes i Legemet; herved tilbageholdes Urinsyre i Blodet, og der dannes da efterhånden en tungt oplöselig Forbindelse, Biurat, som udfäldes på forskellige Steder i Legemet, navnlig hvor der findes Vädsker, der ere rige på Natronsalte, som f. Ex. Synovi. Misforholdet er aldrig af konstant Störrelse: dels kan Urinsyreproduktionen variere stärkt, dels kan også Nyrernes secernerende Ävne gå op og ned. Sker der pludselig en stärk Overfyldning af Blodet med Urinsyre, og denne ikke udjävnes i en Fart, kommer der et akut Anfald; er Misforholdet kun ubetydeligt, men mere stadigt, fremkomme de snigende, kroniske Former. Så länge Nyrerne ere sunde, opstår aldrig arthritis, selv om der som ved Levkämi i längere Tid dannes langt mere Urinsyre end normalt. Den Nyrelidelse, der så godt som altid findes sammen med arthritis, er den granuläre Nyreatrofi; en sådan kan opstå af forskellige Grunde; nöjere kendes nu 3 Årsagsmomenter.

1) Der findes en hereditär Form, som ofte opstår allerede i en tidlig Alder, undertiden allerede i Barnealderen, og som er den sädvanlige Grund til den Form af arthritis, der udvikler sig i Ynglinge- eller Barnealderen.

2) Granulär Nyreatrofi kan fremkaldes ved forskellige Gifte. Hos Mennesket har man väsentlig haft Lejlighed til at se den ved kronisk Blyforgiftning.

3) Endelig kan den granuläre Nyreatrofi, og dette er vel dens hyppigste Oprindelse, fremkaldes ved en länge fortsat mekanisk Irritation, således ved en vedholdende Urinsyreudfäldning. Det primäre er her en Forandring i Urinens kemiske Sammensätning, som medförer Udfäldning af Urinsyre i krystallinsk Form, medens det på ingen Måde er nogen nödvendig Betingelse, at Urinen indeholder mere Urinsyre end normalt. På denne Måde bliver det factum forklarligt, at man ofte ser Patienter, som i flere År hade lidt af Nyregrus og Nyrekoliker, ende som Artritikere.

Behandlingen af arthritis vil i Henhold til ovenstående falde i 3 Hovedafsnit:

1) Profylaxen, hvorunder også Diäten.

2) Behandlingen af det akute Anfald af Gigt,

3) Behandlingen af Recidiverne efter de akute Attakker, Stivhed i Ledene, tophi o. s. v. ligesom af de patologiske Forandringer, der skyldes kronisk Gigt.

Profylaxen vil bestemmes af de 3 Former af Nyrelidelse, som ligge til Grund for arthritis. Lige over for den primäre, hereditäre Granuläratrofi er man indskränket til de sädvanlige Regler for Nyrelidelsers Behandling, man må advare Patienterne mod Fugtighed, Kulde, Excesser så vel med Hensyn til spiritus som i alle andre Henseender: når det kan lade sig göre, vil et Ophold i tört, varmt Klima, som Ägypten, väre indiceret.

Ved Blyforgiftningsnyren falder Profylaxen sammen med de almindelige Regler for at modvirke Blyets skadelige Virkninger på Organismen. Ved den tredje og hyppigste Form af granulär Nyreatrofi, som opstår på Grund af fortsat Irritation af Nyrerne ved Urinsyreudfäldning, vil den profylaktiske Behandling have 2 Formål, nemlig dels at indskränke Urinsyredannelsen i Legemet, dels at holde Urinsyren i oplöst Form i Urinen. Tidligere har man ved diätetiske Be-

stemmelser hovedsagelig sträbt at formindske Urinsyredannelsen, navnlig ved at begränse Tilförslen af dyriske Äggehvidestoffer, undertiden ved en fuldständig vegetariansk Diät. Urinsyreu dannes imidlertid ikke af de med Föden indförte Äggehvidestoffer, men af Nukleinerne, og der er derfor ingen Anledning til at sväkke Patienterne ved utilsträkkelig eller vanskelig fordöjelig Kost; man har endog (POULSSON) iagttaget, at en Sultekunstner fik et akut Anfald af Podagra på Sultekurens 25de Dag. Diäten bör altså väre beregnet på at indeholde de almindelige Bestanddele i passende Sammensätning. Selv Äg kan man tillade i mådeholden Mängde, da KOSSEL har vist, at det deri indholdte Stof ikke er Nuklein og ikke i Legemet danner Urinsyre eller Xantinbaser. Ved Forsög på Dyr og Mennesker er det bevist, at Fodring med Thymuskirtel og lignende cellerige Organer bringer Urinsyreudskillelsen meget höjt op; man bör derfor forbyde Patienterne Lever, Nyre, Hjärne, Brissel og lignende cellerige Näringsmidler.

Alle Forfattere er enige om at forbyde spirituosa, särlig de stärkere Former: hede Vine, Punch o. s. v.; Kaffe er også et Nydelsesmiddel, som helst bör undgås. Som Profylaxe mod arthritis må dernäst betragtes fornuftig og vedholdende Behandling af Nyregrus eller rettere af enhver Disposition til Udfäldning af krystallinsk Urinsyre af Urinen. Det er her Hovedsagen at forandre Urinens kemiske Sammensätning og at fortynde den ved rigelig Tilförsel af Vädske, f. Ex. kogt Vand. Urinens kemiske Sammensätning påvirkes dels ved at forbyde Mineralsyrer (Plantesyrer og plantesure Salte ere tilladelige), dels ved at tilföre alkaliske Stoffer. Dette sidste må dog göres med så stor Forsigtighed, at Urinen aldrig bliver gjort alkalisk for längere Tid, da man i så Fald både udsätter Patienten for Udfäldelse af Fosfater omkring mulig tilstedevärende Urinsyresten og i mange Tilfälde kan fremkalde en akut Attakke af arthritis, således som det dagligdags sker ved Bröndkure i Karlsbad, Wiesbaden o. s. v. I Erkendelse af denne Fare har V. NOORDEN tilrådet at give kulsur Kalk, som i Tarmen binder en stor Mängde Fosforsyre og derved formindsker Urinens Indhold af sure fosforsure Salte (Mononatrium-Fosfat) uden dog at göre Urinen alkalisk.

2) Med Hensyn til Behandlingen af det akute Gigtanfald har jeg ikke noget nyt at meddele; mest Nytte har jeg set af Colchicumpräparater; når Attakkerne fölge kort på hinanden og ikke vige for colchicum, gör Salicylsyre ofte udmärket Nytte.

3) Jeg kommer til mit egentlige Tema i Behandlingen af de Stivheder og Fortykkelser af Led, som kunne blive til Rest efter Anfald af akut arthritis, eller som i endnu stärkere Grad udvikle sig ved de kroniske, snigende Former af Sygdommen.

Medens Forfatterne ere vidlöftige nok ved Behandlingen af de akute Anfald, blive de märkvärdig kortfattede, når det gälder Behandlingen af de kroniske Affektioner; selv i Specialafhandlinger finder man kun nävnt Diät, Massage, Jodpenslinger eller points de feu og som Hovedmiddel Behandling i de egentlige Termer, f. Ex. Aix-les-Bains eller Aachen eller i Gytjebade som Sandefjord, Eilsen o. s. v.

For nylig har dog GRAWITZ anbefalet Brugen af varme Sandbade på 45—50—55° C. Jeg har gentagne Gange försögt denne Behandling; men medens Sandbadet har en utvivlsom smertestillende Virkning lige over for Nervesmerter og således f. Ex. har vist sig meget nyttig i et Tilfälde af Influenzaneurit af Underarmens Nerver, så har jeg ikke kunnet opnå nogen Bedring af artritiske Affektioner på denne Måde.

Behandling ved Badesteder kan utvivlsomt yde stor Hjälp, når ved Badekuren Hovedvägten lägges på de varme Bade og Gytjebehandling og der som Understöttelsesmiddel drikkes et indifferent Vand eller et svagt Svovlvand; derimod er det absolut galt at overfylde Gigtikere med alkaliske Bröndvande, således som det nu har väret Skik i så lang Tid, og man kan ikke noksom advare mod den rutinemässige Anvendelse af disse.

Men ikke alle Patienter kunne sendes till Badesteder, og selv i disse påvirkes Almenbefindendet som oftest mere end Lokalaffektionerne; under disse Omständigheder er det da rimeligt, at den, der sysselsätter sig med Behandlingen af Gigt, opmärksomt fölger ethvert nyt terapevtisk Forsög på dette Område. Hertil regner jeg dog ikke de bestandig opdukkende Patent- og Fabrikmediciner: Piperazin, Lysidin o. s. v. Så vel den teoretiske Begrundelse af deres Virksomhed som deres praktiske Nytte er så tvivlsom, at der ingen Fristelse er til at försöge dem; en Undtagelse gör måske Urotropinet; men dette ganske ny Lägemiddel er endnu på Forsögsstadiet og er af NICOLAIER kun anbefalet mod Nyregrus, ikke som Gigtmiddel.

Langt mere Betydning har en Behandlingsmåde, som i de sidste År hist og her er bleven omtalt.

Metoden stammer oprindelig fra den berömte Elektriker EDISON, som oversendte Berlinerkongressen 1890 en Beretning om nogle hertil hörende Forsög. EDISON går ud fra den Erfaring, at Lithion med Urinsyre danner en let oplöselig Forbindelse og derfor er anvendt i arthritis; giver man imidlertid Lithion per os, forvandles det i Maven til Klorlithion, hvis Virksomhed som Urinsyre oplösende Stof er meget ringe.

EDISONs Grundforsög gik da ud på at vise, at man ved Hjälp af den konstante Ström kan få Lithion i temmelig stor Mängde bragt ind gennem en dyrisk Membran, og han fandt, at man ved at lede en Ström på 150 M. A. i 75 Minuter gennem en Fårebläremembran kunde foröge den endosmotiske Indträngen af Lithion omtrent til det dobbelte.

Når en sund Mand anbragte sin höjre Hånd i en 2 % Lithionoplösning, den venstre i en svag Kogsaltoplösning og den positive Pol anbragtes i Lithionbadet, den negative i Kogsaltoplösningen, var man ligeledes i Stand til at indföre Lithion gennem Huden. Strömstyrken var i dette Forsög kun 4 M. A., og Forsöget fortsattes i Löbet af en Uge, i alt i 11 Timer. Ved at samle Urinen lykkedes det at genfremstille Lithion som Klorlithion af denne i en Mängde af 55 Centigram. Endelig har EDISON ved at behandle en Gigtikers Händer 4 Timer daglig med en Ström på 20 M. A. gennem Lithionbad

opnået betydelig Bedring af hans Tilstand, idet Svulst af Hånd og Fingre formindskedes og Smerterne helt forsvandt.

EDISONS Meddelelse, som märkelig nok fremkom i Sektionen for Syfilis og Hudsygdomme, vandt ikke nogen Opmärksomhed; först 3 År senere omtaltes Sagen af FOVEAU DE COURMELLES, som imidlertid har indskränket sig til Laboratorieforsög på döde Väv, og det er först LABATUT, som mere konsekvent har taget Spörgsmålet op til Behandling.

LABATUT har ved talrige Forsög vist, at man ved Hjälp af den konstante Ström er i Stand til at före Lägemidler og Gifte ind i levende og döde dyriske Väv; når Polerne anbringes i en Oplösning af det Stof, som man vil indföre, og Strömmen ledes gennem det dyriske Väv som Mellemled, så ville Baser og sådanne Stoffer, der let iltes til Baser, indföres med den nedadgående Ström og tränge ind fra den positive Pol, medens Syrer og sådanne Stoffer, der let danne Syrer, fölge den opadgående Ström og beväge sig fra den negative Pol henimod den positive. Som Stoffer, der fölge den nedadgående Ström, nävnes Kali, Natron, Lithion, Järn, Bly, Kobber, Sölv o. s. v.; med den opadgående Ström fölge alle organiske og uorganiske Syrer, f. Ex. Arsenik-syre, Klor-, Brom- og Jodforbindelser, Salicylsyre o. s. v.

Ved Forsög på et udskåret Stykke af m. glutæus af en Hest kunde det konstateres, at en påviselig Mängde Lithion var trängt ind, og ved at dele Muskelstykket i parallele Skiver og undersöge hver enkelt Skive på Lithion genfandtes de $^5/_6$ i det närmest den positive Pol liggende Stykke, $^1/_6$ i näste Skive, medens der ellers ikke kunde påvises Lithion i Muskelvävet. Omvendt fandt LABATUT ved at dyppe en levende Kanins Bagpoter ned i en Oplösning af arseniksurt Natron og lede en Ström på 20 M. A. igennem den i en Time, at den höjre Bagpote, gennem hvilken den negative Ström var ledt ind, indeholdt 1,40 Milligram Arsenik, medens den venstre, der havde väret i Forbindelse med den positive Pol, kun indeholdt 0,15 Milligram, hvilket den enten havde fået ved direkte Absorption fra Badet eller gennem Kredslöbet.

Også på sunde Mennesker har LABATUT experimenteret, idet han har gentaget EDISONS Forsög med at införe Lithion ved Hjälp af den nedadgående Ström, og det var ham da let at genfinde Lithion i Urinen.

Endelig har LABATUT i Forbindelse med 2 Läger, JOURDANET og LA PORTE, gjort nogle terapevtiske Forsög med Behandling af arthritis og beslägtede Sygdomme. For det förste viste det sig da, at man var i Stand til at oplöse Urinsyrecalculi, der vare indbragte under Huden på en Kanin, og dernäst har han også refereret nogle Tilfälde af arthritis, i hvilke Patienterne befriedes for Smerter og genvandt Brugen af angrebne Led.

Ved de nävnte Undersögelser er det altså bevist, at man kan indföre Lägemidler i virksom Form gennem Huden ved Hjälp af den konstante Ström, og at man på denne Måde er i Stand til at koncentrere Virkningen på det Sted, hvor Strömmen träder ind, idet det anvendte Stof ophobes her og först senere med Kredslöbet bringes

videre ud i Legemet. Naturligvis er det forholdsvis små Mängder, som på denne Måde komme til Anvendelse; men når man tager i Betragtning, at man kan koncentrere Virkningen på et ganske begränset Sted, medens man ved de sädvanlige Applikationsformer fordeler Lägemidlet jävnt over hele Legemet, så at kun en Brokdel kommer hver enkelt Del til Gode, så er det måske dog sandsynligt, at man kan opnå stärkere Virkning ved den elektrolytiske Indförelse af Lägemidler; for Lithionets Vedkommende er endnu at bemärke, at det indbringes i en särdeles virksom Form ved Hjälp af Elektriciteten, medens det på Vejen gennem Fordöjelseskanalen bliver gjort så godt som uvirksomt.

Skönt LABATUT og EDISON have refereret for få Tilfälde, i hvilke Metoden er anvendt til Behandling af syge, til at man deraf kunde föle sig overbevist om Metodens Fortrin, fandt jeg mig dog foranlediget til at pröve den og har nu i det sidste År behandlet 15 Patienter på denne Måde.

Metoden har i alle Tilfalde väret den, at den Legemsdel, som skulde behandles, anbragtes i en 2 pro Cents Oplösning af Klorlithion, der var gjort alkalisk ved en ringe Mängde kulsurt Lithion, medens en anden Del af Legemet (Hånd eller Fod) neddyppedes i Vand, der var gjort til en god Leder for Electricitet ved en Tilsätning af lidt Klornatrium. Den positive Kulelektrode fra et konstant Batteri sattes i Forbindelse med Lithionbadet uden at beröre Legemet, den negative Pol anbragtes på samme Måde i Kogsaltbadet; Strömstyrken varierede noget, 10—15 M. A.; den hyppigst anvendte Strömstyrke har väret 20 M. A. Behandlingstiden er 30 Minuter daglig. Patienterne tåle med Lethed den elektriske Behandling; dog angribes Huden undertiden lidt, så at man må anbefale dem mellem Behandlingerne at indgnide Huden med et nevtralt Fedt.

De behandlede Tilfälde have for störste Delen väret Tilfälde af arthritis urica, navnlig af den kroniske Form, og nogle af dem sådanne, hos hvem enhver Behandling på Forhånd måtte synes virkningslös, både fordi Lidelsen var så betydelig, og fordi den allerede havde bestået så länge. Ikke desto mindre har jeg i 11 af disse Tilfälde opnået en udtalt Bedring af Patienternes Tilstand, idet de spontane Smerter ere mindre, de svulne Led og tophi ere formindskede betydeligt, og endelig er der opnået en meget stor Forbedring af de angrebne Legemsdeles Funktion, i adskillige Tilfälde så meget, at det angrebne Knä eller Hånd efter Kuren kunde benyttes med samme Frihed og Lethed som för Sygdommens Begyndelse. I 4 Tilfälde var Behandlingen uden väsentlig Nytte; men af disse var der et, hvor Diagnosen fra Begyndelsen var tvivlsom, og i hvilket Resultatet af en Operation af et af de syge Led godtgjorde, at Ledaffektionen ikke var af artritisk Natur. 3 andre Patienter afbröd Behandlingen efter få Séancer (4—8), väsentlig fordi de led af Forandringer af deres Almenbefindende, der tvang dem til at holde sig hjemme.

Tiden tillader mig ikke at referere Sygehistorier; jeg skal indskränke mig til at skizzere et Par Tilfälde.

1) En 46-årig Forretningsmand havde tidligere gentagne Gange haft forbigående artritiske Anfald med Svulst, Ömhed og Smerte af forskellige Fingerled. Smerten var efter nogen Tids Forlöb svunden efter Behandling med Varme, Massage o. s. v. Nu klagede han atter over lignende, men langt stärkere Smerter i höjre Hånds 1ste Metakarpofalangealled, der i Löbet af Måneder stadig var blevet mere svullent og ömt. Massage bedrede absolut ikke Tilstanden, og Patienten kunde ikke tåle at skrive eller bruge Hånden på anden Måde. Efter 10 Gange elektrisk Behandling var der endnu en ringe Ömhed ved dybt Tryk; men Svulsten af Leddet var mindre stärk, Patienten kan skrive timevis uden Smerte, ligesom han uden Vanskelighed kan lukke tunge Dörlåse op, tage sin Portemonnaie op af Benklädelommen o. s. v. alt Ting, som för Behandlingen vare ham särdeles pinefulde.

2) En 31-årig Dame af artritisk Slägt havde fra sit 16:de År väret angreben af kronisk fremadskridende arthritis: i Efteråret 1895 fandtes bägge Händer med alle deres Led og bägge Fodled samt höjre Knäled särlig stärkt angrebne. Gangen var haltende og meget smertefuld, idet Ömheden af det halvflekterede höjre Knä var så stor, at hele Legemets Vägt måtte lägges over på den mindre stärkt afficerede venstre Underextremitet; også Händerne vare stive og smertende, så at Patienten havde måttet opgive Klaverspil, ved hvilket hun har ernäret sig, og huslig Gerning og måtte have Hjälp til at kläde sig af og på. I November 1895 behandledes nu höjre Hånd 10 Gange, venstre Hånd 7 Gange; herved opnåedes, at de spontane Smerter ophörte, at Bevägeligheden af de angrebne Led blev så meget bedre, at Patienten kunde hjälpe sig selv og sysselsätte sig med husligt Arbejde, Syning og endog Klaverspil. Behandlingen måtte da afbrydes, da Patienten ikke turde udsätte sig for det barske Vintervejr. I Löbet af Vinteren holdt Bedringen af Händerne sig; men Gangen blev snarest dårligere, idet Lidelsen af höjre Knä forvärredes, så at Patienten kun med Besvär og Smerte kunde beväge sig omkring i sin Stue. Den 24 Marts 96 genoptoges Behandlingen med höjre Knä; dette var böjet i stump Vinkel, kunde ikke rettes ud, heller ikke böjes ud over en ret Vinkel. Omfanget over patella var 33,5 Centim., Läggens Muskulatur atrofieret. Patienten må köre frem og tilbage til Behandling. Efter 10 Ganges Behandling gik Patienten uden Smerte frem og tilbage til Behandling. Efter 50 Séancer afsluttedes Behandlingen med det Resultat, at der absolut ikke mere var spontane Smerter i Knäet, dettes Omfang var nu kun 32,3 Centimeter; Knäet kan rettes så godt som lige ud og böjes til en spids Vinkel; Patienten gör lange Spadsereture, besöger Muäer o. s. v. Läggens Muskulatur har udviklet sig stärkt.

3) Endnu skal jeg nävne en 79-årig Dame, der i 40 År havde lidt af kronisk arthritis, og hvis Händer vare så ömme og stive, at hun ikke mere kunde holde på en Pen; ved 15 Behandlinger opnåedes Smertefrihed af höjre Hånd og så megen Bedring af Bevägelserne, at hun kunde skrive lange Breve, sy, lukke Dör op og bäre en Bakke med Glas i höjre Hånd alene.

Hverken Patientens Alder eller Sygdommens Varighed afgiver således nogen Kontraindikation for Behandlingen; hvad jeg har kunnet opnå ved den, har vel i intet Tilfälde väret en fuldständig restitutio ad integrum, så at alle Spor af den artritiske Lidelse udslettedes; men i alle Tilfälde ere Patienterne blevne befriede for de spontane Smerter, de have opnået större Bevägelighed og som oftest god eller forbedret Funktion selv af sådanne Led, der i flere eller mange År have väret urokkelig fixerede og ubrugelige, og samtidig hermed forbedres Patientens Almenbefindende gärne i höj Grad, de få atter Håb og Mod, og deres hele Udseende bliver et andet.

Begränsningen af Behandlingens Område ligger dels deri, at den tager lang Tid for Patient og Läge, og at det kan väre vanskeligt at finde Applikationsmåde for den. Hånd og Fod ere lette at behandle; til Behandling af Knä og Albu har jeg fået konstrueret Apparater; meget vanskeligere er det at behandle Hofteled og Rygsöjlens Led, og tvivlsomt er det vel, om man tör lede så stärk en elektrisk Ström gennem Hovedet ved Lidelser af Käveleddet.

Ingen af de behandlede Patienter er endnu falden tillbage til den tidligere Tilstand, i nogle af Tilfäldene har Bedringen nu holdt sig uforandret i 6—8 Måneder, i andre er der kommet en Forringelse af det opnåede; men det har da väret let ved få Behandlinger at opnå den tidligere gode Tilstand igen. Da efter min Opfattelse Grundlidelsen ved arthritis er en Nyreaffektion, har jeg i alle Tilfälde haft min Opmärksamhed henvendt på Urinsekretionen, og samtidig med den elektriske Behandling, hvorved det tilsträbtes at oplöse de aflejrede Urater, har jeg sörget for at holde Urinen i en sådan Tilstand, at den deri indholdte Urinsyre er i oplöst Form, og i alle Tilfälde sögt at föröge Diuresen ved rigelig Tilförsel af Vädske.

Det må nu väre Fremtiden forbeholdt at undersöge, om den ovenfor fremsatte Teori for Gigtens Natur og den elektriske Behandlings Virkemåde er den rette; sikkert er det derimod allerede nu, at der ved den elektrolytiske Indförelse af Lithion i Organismen er vundet et nyt og särdeles godt Middel til Behandlingen af arthritis og särlig af de kroniske artritiske Lidelser, og at mange Patienter, som man hidtil måtte lade gå en stedse fremadskridende Invaliditet i Möde, nu ville kunne hjälpes således, at Sygdommen standses for längere Tid, at Led og Lemmer, som i lang Tid have väret ubrugelige, atter kunne bleve funktionsdygtige, og at Patienter, der i årevis have väret ulykkelige Stakler, atter kunne komme til at gläde sig ved Livet og blive til Nytte for deres Omgivelser. (*Originalreferat.*)

Prof. J. W. RUNEBERG (Helsingfors): **Om den diagnostiska betydelsen af ägghvitehalten i patologiska trans- och exsudat.**

Undersökningen af de serösa trans- och exsudatens ägghvitehalt i praktiskt diagnostiskt syfte har icke vunnit den utbredning, som den vore förtjänt af. Orsakerna härtill kunna sökas förnämligast i tvänne olika omständigheter.

Den ena är den, att en del forskare af denna undersökningsmetod begärt mera och annat, än den kan gifva. Man har velat i en viss

bestämd ägghvitehalt söka ett så att säga patognomoniskt tecken för en viss bestämd sjukdomsform eller sjukdomstillstånd, och, då man i skilda fall funnit samma ägghvitehalt vid olika sjukdomstillstånd eller tvärtom olika ägghvitehalt vid likartade sjukdomstillstånd, så har man ansett, att ägghvitehalten icke i det enskilda fallet kan gifva någon tillförlitlig hållpunkt för diagnosen. Man har härvid förbisett eller icke tillräckligt beaktat, att detta särskilda symptom, ägghvitehalten, måste betraktas på samma sätt som de flesta särskilda sjukdomssymptom. Det enskilda symptomet måste beaktas i ljuset af de förhållanden, under hvilka det uppträder. Det måste sammanställas med öfriga sjukdomssymptom och diagnosen grundas på ett allsidigt öfvervägande af de enskilda symptomen och de förhållanden, under hvilka de iakttagits.

Den andra omständigheten, som motverkat en allmännare användning af denna undersökningsmetod, är den, att metoderna för den kvantitativa ägghvitebestämningen dels äro altför komplicerade och arbetsdryga, dels altför osäkra för att tillåta en hastig och bekväm, det praktiska behofvet motsvarande, undersökning af i fråga varande förhållande.

Jag skall i det följande söka gifva en kort framställning af de synpunkter, från hvilka bedömandet af dessa frågor synes mig böra betraktas, samt af det enkla, men i praktiskt afseende användbara förfarande för uppskattning af ägghvitehalten, som af mig sedan flere år användts.

Patologiska utgjutningar i de serösa hålorna kunna förorsakas 1:o) af affektioner i själfva den serösa hinnan, såsom inflammationsprocesser, tuberkulos, karcinom o. s. v.; 2:o) af venös stas vare sig allmän eller lokal; 3:o) af en höggradigt hydremisk blodbeskaffenhet, såsom vid amyloid degeneration eller nefriter; 4:o) genom kombination af tvänne eller alla tre af de förut nämnda orsakerna.

I det stora flertalet fall finner man i vätskor, tillhörande den första gruppen, en ägghvitehalt mellan 4 och 6 %, i de till den andra gruppen hörande åter en ägghvitehalt mellan 1 och 3 % och i de till tredje gruppen, hörande en ägghvitehalt under 0,5 %. Differenserna äro sålunda, hvad dessa trenne grupper angår, mycket betydande, och där icke någon kombination af olika orsaker gör sig gällande, har man därför uti ägghvitehalten en enkel och tillförlitlig hållpunkt för bedömandet af den föreliggande processens natur.

Härvid bör dock särskildt framhållas, att man någon gång uti gamla transsudat, beroende på venös stas, kan finna en ägghvitehalt lika hög, som den man stundom påträffar i inflammatoriska utgjutningar. Måhända orsaken härtill får sökas däruti, att under inflytande af den kroniska stasen i den serösa hinnan utvecklas lokala förändringar, hvilka icke kunna rubriceras såsom inflammatoriska, men som dock i afseende å membranernas permeabilitet för ägghvita utöfva likartadt inflytande som dessa. I sådana fall kan det af PAIJKULL uppvisade förhållandet, att de inflammatoriska, tuberkulösa och karcinomatösa exsudaten innehålla ägghviteämnen, hvilka falla ut vid tillsats af ättiksyra, blifva af väsentlig, diagnostisk betydelse.

Mera växlande och svårtydd blir ägghvitehalten i de serösa utgjutningar, hvilka kunna hänföras till den fjärde gruppen, det vill säga de på kombinerade orsaker beroende. När t. ex. en person, lidande af amyloid degeneration, med ett buktranssudat af mindre än 0,5 % ägghvitehalt, angripes af en akut peritonit, stiger småningom ägghvitehalten under inflytande af den inflammatoriska processen i den serösa hinnan och kan slutligen uppnå ända till 3 à 4 %. Eller när ett lefverkarcinom, som komprimerat vena porta och därigenom framkallat ett stastranssudat i bukhålan med den under sådana förhållanden vanliga ägghvitehalten af 1—2 %, senare kompliceras af metastaser i peritoneum, så stiger ägghvitehalten, under inflytande af den lokala affektionen i den serösa hinnan, och kan slutligen uppnå 4 à 5 %. Eller när hos en person, lidande af kronisk nefrit och hydremiska utgjutningar i de serösa hinnorna, med en ägghvitehalt af mindre än 0,5 %, senare utvecklas, såsom så vanligt är fallet, en hjärtdilatation med venös stas, så ökas härigenom ägghvitehalten och kan småningom stiga upp till den vid stastranssudat vanliga, det vill säga omkring 2 %. Det är självfallet, att man vid sådana kombinationer af olika orsaker under olika tider och olika förhållanden kan t. o. m. hos samma patient finna mycket olika ägghvitehalt.

Bedömandet af dessa, på kombinerade orsaker beroende utgjutningar, erbjuder naturligtvis, äfven vid beaktande och användning af den under sådana förhållanden värdefulla PAIJKULLska ättiksyrereaktionen, betydligt större svårigheter än de, som göra sig gällande vid utgjutningar, tillhörande de tre första grupperna. Det är i främsta rummet dessa vätskor, som hos en del författare föranledt en fullständig missuppfattning och missuppskattning af den diagnostiska betydelsen af deras ägghvitehalt, såsom på ett särdeles belysande sätt framstår i det meddelande från prof. FÜRBRINGERs klinik, som af CITRON publicerats i Deutsch. Arch. f. klin. Medicin, bd XLVI. Men äfven i dessa komplicerade fall ger ett allsidigt öfvervägande af alla de förhållanden, som i det gifna fallet kunna inverka på vätskornas ägghvitehalt, och en sammanställning af detta symptom med öfriga sjukdomsföreteelser, betydelsefulla, diagnostiska hållpunkter för en riktig tydning af det föreliggande fallet.

Hvad metoderna för den kvantitativa ägghvitebestämningen angår, så ger naturligtvis utfällning och vägning af ägghvitan enligt SCHERERs och andras förfarande det noggrannaste resultatet. Men dessa arbetsdryga och tidsödande metoder kunna icke i större utsträckning komma i fråga för det praktiskt kliniska behofvet. Den ESBACHska albuminimetern, så förträfflig för approximativa ägghvitebestämningar i urin, låter icke väl använda sig vid trans- och exsudat, emedan den här ger mycket otillförlitliga resultat.

Med större tillförlitlighet och med en för det kliniska behofvet tillräcklig noggrannhet kan ägghvitehalten uppskattas på grund af dessa vätskors specifika vikt, enligt REUSS' förfarande. Härvid måste dock iakttagas, att den specifika viktbestämningen icke göres kort efter det vätskan blifvit uttömd, utan först efter det den fått stå omkring 24 timmar. För det kliniska behofvet har denna metod dock den olägen-

heten, att den icke låter tillämpa sig vid sjuksängen omedelbart efter vätskans uttappande, och att den ej kan på ett praktiskt bekvämt sätt tillämpas, då man endast har en ringa kvantitet vätska till sitt förfogande, såsom t. ex. fallet är vid en profpunktion.

Sedan många år har jag därför vid sjukbädden användt ett förfarande, som visserligen icke tillåter någon noggrannare bestämning af ägghvitehalten, men väl en för det afsedda ändamålet tillräcklig approximativ uppskattning af den samma. Om man uti ett profrör, uti den vätska, som skall undersökas, indryper några droppar salpetersyra, så uppstår en fällning af olika beskaffenhet, altefter vätskans ägghvitehalt. Vid de på lokal affektion i den serösa hinnan beroende exsudaten, bildar fällningen täta, tunga, sammanhängande flockar, hvilka sjunka till bottnen af röret. Vid de på venös stas beroende transsudaten får man stora, ymniga, vanligen till botten sjunkande men lösare, lätt sönderflytande flockar. Vid de rent hydremiska åter uppstår endast en starkare opaleskering eller små lösa flockar, som simma omkring i vätskan. I vanliga enkla fall kan man knappast stanna i tvekan om, till hvilken grupp det sålunda undersökta trans- eller exsudatet hör. Där utgjutningen åter beror på kombinerade orsaker, eller där annars en ovanligt hög eller ovanligt låg ägghvitehalt förefinnes, kunna svårigheterna för ett riktigt bedömande af fallet blifva större. Men man kan dock öfver hufvud på detta sätt med ganska stor tillförlitlighet approximatift uppskatta ägghvitehalten och bedöma de i det undersökta fallet föreliggande möjligheterna för dess förklaring.

En annan portion af vätskan undersökes samtidigt genom tillsats af några droppar ättiksyra, hvarigenom, såsom tidigare angifvits, yttermera hållpunkter vinnas för bedömande af vätskans natur.

Genom detta enkla förfarande kan omedelbart vid sjuksängen, genom en profpunktion med PRAVAZ' spruta, upplysningar vinnas, hvilka stundom i annars tvifvelaktiga fall kunna vara af ganska stor betydelse för ett riktigt bedömande af sjukdomsfallets natur. Men äfven där diagnosen redan på andra grunder synes vara otvetydig, ger undersökningen af utgjutningens ägghvitehalt på angifvet sätt ett mången gång välkommet stöd för och bekräftelse af det resultat, hvartill öfriga undersökningsmetoder ledt.

Det är naturligt, att tillämpningen af denna undersökningsmetod erfordrar en viss vana och ett för bedömande af dessa olikketer, med afseende å fällningens beskaffenhet, uppöfvadt öga, äfvensom noggrann kännedom om de omständigheter, som i olika riktningar kunna inverka på de serösa utgjutningarnas ägghvitehalt. Här gör sig i viss mon samma förhållande gällande, som vid tillämpningen af många andra undersökningsmetoder, t. ex. auskultation och perkussion. Äfven vid dessa är det ej fråga om några absoluta talförhållanden utan om en approximativ uppskattning af företeelserna. Äfven vid dessa kunna icke några slutsatser om sjukdomens natur dragas direkt af de enstaka företeelser, som undersökningen gifvit vid handen, utan endast genom en sammanställning af dessa med öfriga sjukdomssymptom. Och jag är öfvertygad därom, att den, som en gång vant sig att vid sjuksängen använda undersökningen af de serösa utgjutningarnas ägghvitehalt i

diagnostiskt syfte, icke mer skall vilja undvara denna enkla och dock mången gång så värdefulla undersökningsmetod.

(*Originalreferat.*)

Prof. HENSCHEN (Upsala): Altsedan jag blef uppmärksam på prof. RUNEBERGs arbete, om hvilken betydelse bestämmandet af ägghviteprocenten i ascitesvätskor har för diagnosen, har dylik bestämning gjorts i förekommande fall å den medicinska kliniken i Upsala. Nyttan har varit i ögonen fallande, och ofta har ägghvitebestämningen bidragit till att klarera diagnosen. De af prof. R. lemnade uppgifterna ha därvid i regel besannat sig, ehuruväl någon gång sådana fall förelegat, där metoden ej varit vägledande. För att ytterligare utbilda den samma och undersöka om det finnes, äfven med afseende på de reducerande substanserna, någon skilnad mellan ascitesvätskor af olika ursprung, så har underläkaren vid kliniken, kand. LINCOLN PAIJKULL, vid kliniken gjort ett antal noggrannare analyser öfver ascitesvätskor af olika art. Han fann därvid, att alla dessa innehålla reducerande substanser, men gjorde tillika den viktiga upptäckten, att inflammatoriska exsudat hålla *nucleoalbumin* till skilnad från de egentliga transsudaten. Rörande dessa analyser får jag hänvisa till Upsala läkareförenings förhandlingar eller till Akad. sjukhusets årsberättelse för år 1891.

(*Originalreferat.*)

D:r C. JANSON (Stockholm): **En ny metod för behandling af den kirurgiska tuberkulosen.**

Det är kändt sedan länge, att antagonism finnes mellan sjukdomar, och vanligast är det mellan akuta och kroniska sjukdomar, så t. ex. att den kroniska sjukdomen förbättras eller öfvergår till hälsa, då en akut sjukdom tillstöter. BARTHEZ och RILLIET angifva sålunda i sin bekanta Traité des maladies des enfants, att tyfoidfeber, scarlatina och i synnerhet variola äro hinderliga för tuberkulosens utveckling. Detta skulle ej gälla vakcinen, och om det verkligen förhåller sig på detta sätt, kunde detta bero på den alltid till variola tillstötande streptokokkinfektionen, en infektion, som förf. hoppas kunna visa ej vara utan inflytande på tuberkulosen.

En streptokoccie, nämligen erysipelas, spelar också den största rollen vid omnämnda antagonism och har då hedrats med benämningen »erysipèle salutaire». Mest kändt torde dess inflytande på maligna tumörer vara, som praktiskt tillämpats af FEHLEISEN, COLEY m. fl., och dessutom har dess kurativa förmåga iakttagits vid mjältbrand, syfilis, åtskilliga hudaffektioner, lymfomer (psevdolevkemi?) mycosis fungoides, aktinomykos, gonorré och särskildt vid tuberkulos, såväl viskeral- som s. k. kirurgisk tuberkulos. Experimentelt ha PALLES och NANOTTI visat erysipelaskokkens hämmande inflytande på tuberkulosens utveckling, den förre hos marsvin, den senare hos marsvin och kaniner.

Förf. ansåg sig således ha grundad anledning att försöka, hvad effekt subkutana injektioner af streptokokker kunde utöfva på den kirurgiska tuberkulosen, hvilken tuberkulosform valdes därför, att den

eventuela läkningsprocessen där lättast kan iakttagas, och därför att den är relatift godartad. Fullvirulenta kulturer ansåg sig förf. ej ha rätt att använda, trots tillgången på antistreptokokkserum, utan i stället en buljongkultur af erysipelaskokker, som stått i 8—14 dagar. I förra fallet fans lefvande kokker, men föga virulenta, i det senare voro väl alla döda. Den färska kulturen dödade en fullvuxen kanin i intravenös dos af 30 kcm. Af de gamla kulturerna injicierades $^1/_3$—1 gram 1 eller 2 gånger i veckan. Reaktionen var ringa: i rodnad och ömhet på infektionsstället, feber samma eller följande dag, föregången af frossbrytning, högst sällan abscess. Öfvergående albuminuri observerades någon enda gång. Sedan juni månad har så godt som uteslutande användts kultur från svalget af en patient, som genomgått erysipelas faciei. Denna kultur saknar till den grad giftiga egenskaper, att 50 kcm. intravenöst ej förmå döda en kanin. Hufvudsakligen har den användts på barn i dos af $^1/_3$—2 gram 2 gånger i veckan.

De flesta patienterna ha varit intagna på Sabbatsbergs sjukhus och Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt i Stockholm eller behandlats på dessas polikliniker.

Förf. anför 15 fall af tuberkulos, där diagnosen stälts genom infektion af marsvin utom i första fallet, nämligen:

1) 26-årig man med 10 fistelgångar i vänstra höften efter koxit. Dessa ha stått 3 år trots kirurgisk behandling. 5 läkta, de öfriga fylla sig och secernera obetydligt. Betydlig allmän förbättring.

2) Hustru, 32 år. Sju fistlar efter tuberkulös refbens-osteo-kondrit, som stått 1 år och ej läkts, trots grundlig kirurgisk behandling. Stor förbättring af allmänna tillståndet.

3) 2 års flicka. Tuberkulösa fistlar å båda fötterna och vid armbågen, å den sista och vänstra foten blottadt ben. Fisteln å högra foten läktes, de öfriga secernerade nästan ej als och drogo ihop sig, då han fick pertussis, hvarefter han något försämrades. Allmän förbättring, ökat 1 kg. i vikt.

4) 9 års gosse. Tuberkulös fistel i vänstra hälen sedan årets början. Läkt på 1 månad, med stor förbättring af allmänna tillståndet.

5) 9 års gosse. 1 tuberkulös fistel i mjukdelarna å underbenet sedan april. Läkt. Ökat 1 kg. 100 gram.

6) 2½ års gosse. Perforerande tuberkulös fistel å högra foten sedan oktober 1895. Under läkningen bildades en tuberkulös abscess i foten, som inciderades, och kariöst ben i tarsen utskrapades. Operationssåret läktes på 1 månad. De öfriga såren och fisteln läkta 2 veckor förut. Fetmat och blifvit rödblommig.

7) 8 års gosse. Perforerande tuberkulös fistel å högra hälen, fistel i högra ljumsken med stora lymfkörtlar. Den förra läktes snart, den senare i läkning och körtlarna minskades. 2 tuberkulösa abscesser bildades å andra ställen under läkningen. Ökat 1,200 gram.

8) 7 års gosse. Tuberkulös fistel sedan april månad å högra foten, som var betydligt svullen. Den förra läktes snart, men incision och utskrapning af IV. metatarsalbenet måste göras, hvarefter operationssåret snart läktes.

9) Gosse, 2 år, 10 månader gammal. Tuberkulös refbenskondrit. Läkt.

10) 7 års gosse. 1 tuberkulös fistel i mjukdelarna och en, som går intill blottadt ben å högra höften efter koxit. Läkt och förbättradt allmänt tillstånd.

11) Man, 18 år. 16 cm. långt, orent sår å högra underbenet efter operation för 2 år sedan å tibia. I läkning, för öfrigt förbättrad. Troligen ej tuberkulos.

12) 5 års gosse. Tuberkulöst sår i hufvudet, som stått oförändradt sedan november 1895. I läkning. Ökat 750 gram.

13) 4 års gosse. Multipel hudtuberkulos, delvis sedan 2½ år. Alla såren i läkning, oaktadt han ej behandlats mer än en månad.

14) 5½ års flicka. Skrofulos, envist ekzem. Betydligt förbättrad, oaktadt hon ej behandlats mer än 3 veckor.

15) Dessutom har en gosse motvilligt behandlats af förf., då han led af multipel hud- och bentuberkulos samt lungtuberkulos och var misstänkt för solitärtuberkel i hjärnan. Han har dock förbättrats, en del af fistlarna ha läkts, han har varit fri från de sedvanliga krampanfall, han förut hemsökts af, och han har ökat 2 kg. 800 gram i vikt.

I intet fall har annan kirurgisk behandling användts än den, som angifvits. 5 lupusfall ha äfven med en viss framgång behandlats.

Fotografier af de flesta patienterna i sjukdomens olika skeden visades. Af psevdolevkemi tycks 1 fall vara botadt och ett annat förbättradt. Symptomen vid 1 fall af tertiär lues försvunno. Förf. anser, att injektionerna verka som ett stimulerande och omstämmande medel på kroppens celler och ej direkt på tuberkelbacillerna. Den gynsamma effekt, som i alla fall konstaterats, tror förf. ej med några andra kända medicinska eller kirurgiska metoder kunna ernås.

Han väntar dock de vackraste resultaten af metoden, förenad med kirurgisk behandling. (*Originalreferat.*)

D:r B. H. SANTESSON (Stockholm): Då jag varit i tillfälle att se och följa med en del af de fall, d:r JANSON nu demonstrerat, är det med nöje jag kan konstatera, att dessa fall i verkligheten te sig än fördelaktigare, än de nu cirkulerande fotografierna visa. Det, som synes mig mest frappant i den nya behandlingsmetoden, är den snabbhet, hvarmed medlet verkar — åtminstone i några af de fall, jag bevittnat. Efter endast några få injektioner iakttogo vi, huru gamla tuberkulösa hud- och benaffektioner, som trotsat hvarje annan behandling, renade sig. När jag i fjol under några månader i Berlin hade läglighet följa åtskilliga fall af kirurgisk tuberkulos, som där behandlades med KOCHs nya medel, har det varit för mig mycket intressant att anställa jämförelser. KOCHs metod, som också består i injektioner, tar en rundlig tid i anspråk, men synes leda till önskadt mål, ty i två fall, som under min vistelse i B. gingo till definitiv läkning, konstaterades, att de också voro fria från sin tuberkulos. Detta kontrollerades genom tuberkulininjektioner. Med JANSONs medel har jag icke sett dylika resultat. Dock betviflar jag icke, att de möjligen finnas. Men jag anser, att det skulle varit af stort intresse, om han i de fall, som verkligen gått till läkning, genom injektioner af tuberkulin öfvertygat sig om, att de tuberkulösa processerna voro utlupna. Och dessutom kunde ju detta sätt vara af betydelse för förklaringen af streptokokk-kulturernas egendomliga verkan på tuberkulösa affektioner.

Några menliga verkningar af JANSONs medel hafva icke uppstått, om jag fråuser de lokala, små abscesser på injektionsställena, hvilka på sista tiden några gånger iakttagits; men dessa voro ju en följd af en tillfällig stafylokokkinfektion. (*Originalreferat.*)

Prof. FABER (Köbenhavn) gjorde opmärksom på den Modsigelse, der lå i, at Streptokokker skulde kunne virke helbredende på Tuberkulose, da det jo ellers var almindeligt anerkendt, at Streptokokinfektion ved Tuberkulose var en farlig Komplikation både ved Ftise og ved kirurgisk Tuberkulose. Hvorledes vilde J. forklare denne Modsigelse?

(*Originalreferat*)

Dr. JANSON (Stockholm): Det var honom väl bekant, att association med streptokokker ofta var af ogynsam inverkan på tuberkulosen; så ansåg ju KOCHs skola, att de svåra symptomen vid den ulcerösa lungtuberkulosen, som kavernbildning, hektisk feber o. s. v. åstadkoms af streptokokker. Men utan att vilja ingå närmare på befintligheten af olika streptokokkarter, ville han dock påpeka, att faktiskt flere fall af tuberkulos läkts genom erysipelasinfektion. Kanhända beroddc hans lyckliga resultat på, att de streptokokker, han användt, hade andra egenskaper än de, som visade sig hafva en ogynsam inverkan på tuberkulosen.

Han tackade dr. SANTESSON för hans godhet att konstatera behandlingens gynsamma resultat. (*Originalreferat.*)

Prof. WÆRN (Stockholm): De resultat, hvilka dr JANSON anser sig hafva vunnit genom insprutning af svagt virulenta streptokok-kulturer vid en del fall af gamla tuberkulösa benaffektioner med öppenstående fistelgångar, förefalla ju i hög grad egendomliga, i synnerhet som man har svårt att tänka sig någon antaglig förklaring för medlets värkan. Då ett af de fall, dr JANSON här relaterat, varit intaget å kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn, anser jag mig böra vitsorda, att dessa insprutningar i detta fall obestridligen varit åtföljda af en förbättring i barnets allmänna tillstånd. Patienten, en 10 års gosse med multipla tuberkulösa processer i ansiktets och extremiternas ben samt i halskörtlarna, har vårdats å sjukhuset i snart 1½ år, under hvilken tid han tidtals varit bättre, tidtals sämre. I början af detta år blef han märkbart sämre, krafterna minskades, han kunde ej vidare vara uppe utan låg till sängs och var betydligt slö. Detta tillstånd varade tämligen oförändradt till i juni, då dr. JANSON började sin behandling. Efter några insprutningar blef patienten mindre apatisk, matlusten blef bättre, krafterna ökades, och under de följande veckorna tilltog pat. ej obetydligt i vikt. Äfven fistlarna skola enligt uppgift visat tendens till läkning, hvilket jag emellertid ej varit i tillfälle att konstatera, då öfverläkaren å kirurgiska afdelningen åtagit sig den lokala behandlingen. Med kännedom om det nyckfulla förlopp, den lokala ben- och körteltuberkulosen ofta företer, är det naturligtvis svårt att i ett enskildt fall afgöra, om en förbättring varit betingad af den inledda behandlingen eller ej, men tar man hänsyn till, att en liknande erfarenhet vunnits i andra fall och att i detta fall förbättringen inträdde så snart efter ett långvarigt ytterst nedsatt tillstånd, så har man svårt att frigöra sig från den uppfattningen, att förändringen i barnets allmänna tillstånd varit beroende på den inledda behandlingen. Härmed har jag ej velat uttala något omdöme om metoden och dess betydelse. De fall, som hittils stått dr JANSON till buds, äro för få, för att man af dem skall kunna draga några säkra

slutsatser. De resultat, som vunnits, synas mig emellertid uppmuntra till fortsatta försök. (*Originalreferat.*)

Prof. HENSCHEN (Upsala): **Nyare undersökningar om synvägarna.**

Prof. H. lemnade en öfversikt af sina föregående undersökningar om synbanan och syncentrum, hvilka finnas i sammandrag i Upsala Läkareförenings förhandlingar för år 1893—94 och utförligare i »Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirns», t. I, II, III, påvisade, hvilka luckor finnas i dessa iakttagelser, och att hvarken anatomien eller fysiologien kunna fylla dessa, utan endast den kombinerade kliniskt-anatomiska iakttagelsen. Han framhöll, huru senare iakttagelser besannat den teori, han redan 1890 framstält rörande synbanan och syncentrum; och att särskildt synträdarnas förhållanden till de centrala ganglierna genom hans senaste undersökningar, nedlagda i III. delens nyss utkomna senare hälft, blifvit utredda. Dessa senaste undersökningar hade ytterligare gifvit stöd för hans teori om en bestämd och fix lagring af knippena äfven i den bakre, okcipitala delen af synbanan och dymedelst ock för hans åsikt om, att det finnes i fissura calcarina en fix projektion af retinas yta. Särskildt påpekades, att det s. k. FÖRSTERska fallet, som förklarats stå i strid med denna teori, blifvit ett stöd för dess riktighet.

En sammanfattning af de nyare undersökningarna finnes i ofvan nämnda arbetes del III, andra hälften. (*Originalreferat.*)

Prof. HENSCHEN (Upsala): **Om multipel skleros.**

Prof. HENSCHEN höll ett föredrag om etiologien vid multipel skleros med anledning af ett sällsynt fall af *akut skleros*, som han iakttagit *efter difteri*. Fallet publiceras i Nord. med. arkiv för 1896.

Prof. FABER (Köbenhavn) spurgte, om Sklerosen i det omtalte Tilfälde netop kunde antages at skyldes Difteriinfektionen, og om det var udelukket, at der kunde foreligge en Streptokokinfektion, da man jo tidligere havde set en sådan give Betändelser i Rygmarven. Han bad Prof. H. oplyse, på hvilket Tidspunkt af Sygdommen Paralysen optrådte, og på hvilket Tidspunkt den Bronkopnevmoni opstod, hvoraf Pat. döde. (*Originalreferat.*)

Prof. HENSCHEN (Upsala): Med anledning af prof. FABERs fråga får jag meddela, att förlamningen uppstod redan på 5—6 dagen efter patientens insjuknande, altså långt innan några komplikationer från lungan inträdt. Sklerosen vore altså följden af difteritoxinerna. (*Originalreferat.*)

Dr. HARALD HOLM (Kristiania): **Om Associationscentre;** således som FLECHSIG vil have visse Dele af Hjernebarken fysiologisk opfattet.

Efterat have redegjort närmere for FLECHSIGs Teori og den Betydning, denne tillägger disse Centre som Psykiatriens egentlige

Objekt, fremlagde Foredragsholderen en Tabel, der giver en generel lokaliserende Oversigt over de mikroskopiske Forandringer af Corticalis i 69 undersögte Hjerner fra Sindsyge, repräsenterende de fleste af de forskjellige Sindssygdomsformer. Det fremgår af Tabellen, at disse nu påviste path. anatomiske Forandringer kun tildels stötter FLECHSIGs Opfatning, der, hvor tillokkende denne end måtte synes, dog ikke bör betegnes som helt og fuldt korrekt.

For den anatomiske Degeneration er der Prädilektionssteder, nemlig gyrus rectus, Insula Reili og gyrus formicatus, af hvilke den sidste ikke hörer til de FLECHSIGske Associationscentre. I Forbindelse med Omtalen af Insula Reili blev fremhävet, at Hjernebarken her kan väre totalt destrueret på begge Sider hos Sindssyge, uden at afasiske eller parafasiske Symptomer var iagttagne. Når der opträder Afasisymptomer ved Destruktioner i Insulagebetet, må således Årsagen söges, ikke i selve Insulabarkens Ödeläggelse, men i Afbrydningen af de Baner, der passere indenfor og ikke stå i nogen Forbindelse med denne.

Med Hensyn til Hyppigheden af Ödeläggelsen i andre Hjernebarkpartier kommer i 2den Räkke Frontalgyri og Temporallappen, og sids Parietallappen, Centralgyri og Occipitallappen.

Foredraget afsluttedes med den Udtalelse, at de refererede Undersögelseresultater synes at tale for, at Ödeläggelsen af tversforlöbende Fibre i Hjernebarken er det anatomiske Tyngdepunkt for Psychosernes Fremkomst, om end vistnok de forskjellige Hjernebarkpartier kan have en större eller mindre psychisk Betydning og disses Degeneration, alt efter Lokalisationen, kan betinge de forskjellige Sygdomsbilleder.

(*Originalreferat.*)

Prof. HENSCHEN (Upsala): På samma gång jag tackar dr HOLM för hans föredrag, ville jag uttala nödvändigheten att vid bedömande af frågan om assosiationscentra från klinisk sida taga med i räkningen äfven de kliniska iakttagelser, som gjorts utanför hospitalen för sinnessjuka. För min del har jag gjort ett antal observationer rörande parietal-loben, insula och frontalbarken, som ej i allo stämma med de här framlagda resultaten. Alla nämnda delar kunna vara destruerade utan påvisbar rubbning af associationsförmågan, och får jag i detta hänseende hänvisa till mitt arbete: »Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirns», hvarest flere i detta hänseende viktiga fall finnas beskrifna och afbildade.

Specielt vill jag fästa afseende på, att flere observationer tala för, att i närheten af sinnescentra finnas högre centra för association. Sålunda synes det finnas ett inskränktare syncentrum, begränsadt till fissura calcarina, och ett vidsträcktare associationscentrum på okcipitallobens yttersida.

Vill man befordra läran om associationscentra, är af nöden att i hvarje fall göra en allsidig undersökning, omfattande såväl positiva som negativa eller felande symptom. (*Originalreferat.*)

Dr TH. STENBECK (Stockholm): **Om Röntgenstrålarna i medicinens tjänst.**

Redan i februarihäftet af Hygiea har jag i korthet redogjort för den historiska utvecklingen af prof. RÖNTGENs upptäckt af den egendomliga form af energi, hvars strålar rätlinigt genomtränga alla kroppar i större eller mindre mängd, och som kunna af oss uppfattas antingen genom deras omvandling i ljus på den fluoreskerande skärmen eller i kemisk verksamhet på fotografiplåten.

Jag skall lemna å sido alla mer eller mindre välgrundade teorier angående strålarnas natur. Endast vill jag nämna, att den hypotes, RÖNTGEN framstälde, att de skulle vara longitudinela vågrörelser i etern, väl kan anses hafva blifvit vederlagd, och att det är största sannolikhet för, att de äro korta transversela vågrörelser i etern.

Men om de sålunda ej tyckas hafva den teoretiska betydelse, RÖNTGEN hoppades kunna tillmäta dem, har i stället deras praktiska tillämpning mer och mer utvecklats, och det arbete, som för närvarande bedrifves, går mindre ut på att komma underfund med deras natur än fast mera att göra dem användbara i medicinens och industriens tjänst.

Två hinder hafva hittils särskildt stått i vägen för deras användning: dels att man ej haft dem att tillgå i tillräcklig kvantitet och styrka, mäktig att genomtränga tjockare partier af olika ämnen, dels att bilderna ej varit tillräckligt tydliga.

Då x-strålarna äro praktiskt taget obrytbara, kan man endast erhålla skuggbilder, och det gäller då att göra skuggorna så skarpa som möjligt.

Det faller af sig själf, att man söker närma föremålet så mycket som möjligt till plåten eller skärmen, för att på detta sätt minska halfskuggorna.

Men man måste äfven söka gifva ljuskällan så liten utsträckning som möjligt och hafva den på så stort afstånd som möjligt. Att man skall hafva den på så stort afstånd som möjligt framgår redan däraf, att eljes, på grund af strålarnas starka divergens, bilden alt för starkt afviker från den projektion, man vanligen tänker sig, och hvilken mera närmar sig en parallelprojektion, eller åtminstone är en centralprojektion med så stor radie, som det afstånd, på hvilket ögat brukar se ett föremål.

Återstår sålunda att göra x-strålekällan mycket liten i förhållande till det föremål, hvars projektion jag vill åstadkomma.

De Hittorffska rören, som ursprungligen användes att frambringa Röntgenstrålar, voro alt annat än lämpliga härför; här träffas näml. en relatift stor yta af glaset af katodstrålarna, och från hela denna yta utgå x-strålarna. Man måste därför få breda halfskuggor — med ett ord suddiga bilder.

Det gälde sålunda att, med bibehållande af styrkan, förminska x-strålekällan, och jag föreslog därför redan i februarihäftet af Hygiea, sid. 238, att gifva den negativa polen formen af en konkavspegel, hvars centrum låge i den motsatta glasväggen.

Det upptäcktes emellertid snart, att icke blott å de ställen, där katodstrålarna träffade själfva glasväggen, uppstodo x-strålar; äfven om katodstrålarna träffa någon annan i deras väg varande kropp, utgå från denna dylika. Detta var till stor fördel, i synnerhet därför att man kan koncentrera katodstrålarna mycket mera och därigenom göra x-strålekällan mindre, än vid deras koncentrering på glasväggen, där man riskerar att smälta eller sönderspränga glaset, enär katodstrålarna här till största delen omsättas i värme. Därför äro de moderna rören försedda med en platinaskifva i sin midt; på en liten del af denna platinaskifva koncentreras katodstrålarna, och från denna lilla del utgå x-strålarna.

På detta sätt får man ljuskällan både liten och kraftig.

Om man, så vidt möjligt är, söker uppfylla de ofvan uppstälda vilkoren för att undvika halfskuggor — en liten ljuskälla, stort afstånd mellan röret och föremålet, litet afstånd mellan föremålet och plåten — så får man skuggbilder, som äro rent af hänförande vackra.

På handens, ja t. o. m. fotens ben kan man t. ex. se benstrukturen och benbalkarnas olika riktning.

Det andra målet för de sträfvanden, som gå ut på att förbättra metoden, var att framställa x-strålarna i kvantitet och styrka mäktig att genomtränga alt tjockare partier och särskildt människokroppen.

Från den sedvanliga handen, framstäld i en oändlighet af variationer, gick man först öfver till knä och armbåge för att nu slutligen använda själfva bålen som objekt.

Det var redan från början klart, att i sådana fall där metalldelar, synålar eller dylikt funnes i extremiteterna, metoden skulle vara af gagn; äfvenså som kontroll vid benbrott, såväl för diagnosen som för att öfvertyga sig om, att delarna voro riktigt sammanpassade.

Under den tid, jag arbetat med metoden, hafva ock några sådana fall förekommit. För några månader sedan skulle det hafva erbjudit större intresse att utförligare relatera dessa — nu endast räknar jag upp dem, på samma gång jag visar några fotografier, som jag då tog, och hvilka, trots metodens större ofullkomlighet, dock voro tydliga nog för sitt ändamål. De äro alla tagna med det ofvan angifna röret.

Benbildningar i musc. brachialis internus samt fraktur af oleçranon efter brisement forcé.

Nål i höger pekfinger, liggande under böjsenan på periostet, inträngande i ledgången. Opererad af mig den 2 juni 96. Nålen, som inträngde i dec. 95, kunde ej eljes kännas, och efter ett par försök att på operativ väg finna den, antogs det vara sannolikast, att den ej fans där. Innan jag tagit fotografien, delade jag ock denna åsikt, men ville likväl på patientens begäran göra ett försök.

Nålspets i hand. Inträngde i dec. 95. Vid operation då kunde den ej påträffas.

I den ena bilden, där strålarna falla vinkelrätt mot handens plan, sammanfaller skuggan af nålen med skuggan af en liten benkant å basen af fjärde fingrets första falang.

I den andra bilden, där strålarna genomtränga handen snedt från handlofven mot fingrarna, synes den tydligare. I båda fallen hvilade vola manus mot kasetten.

Af dessa båda fotografier ser man äfven, på hvad sätt det är möjligt att bedöma, huru djupt ett dylikt föremål ligger. Fotografierna äro nämligen endast skuggbilder, och de angifva därför endast projektionen af föremål, en centralprojektion räknad från utgångspunkten för x-strålarna till skärmen eller den fotografiska plåten, men i hvilket transversalplan föremålen ligga, säga de ej.

Understundom kan man väl på grund af deras större eller mindre suddighet sluta sig till deras större eller mindre afstånd från plåten, men för att säkert bestämma ett föremåls plats i rymden fordras bilder från olika sidor.

Så t. ex. får man af fotografien med nålen i pekfingret lätt den uppfattningen, att nålen ligger på dorsalsidan, och det var först en afbildning, tagen vinkelrätt mot den första, som visade mig nålens verkliga läge. Och i de båda senare fotografierna visar förflyttningen, att nålen låg betydligt närmare plåten än mellanhandsbenen — altså volart och ytligt. Detta bekräftades också vid operationen.

Ett benbrott af understa delen af humerus. Patienten, en nioårig pojke, hade behandlats med massage omkr. 14 dagar, då slutligen alt mera tydligt framträdde diagnosen af en fraktur. Ett kollossalt ödem hade förut omöjliggjort den. Då pojken kom till mig, var armen ännu mycket svullen, dock kunde tydlig krepitation förnimmas, ehuru det ej var möjligt bestämma brottets läge. Samma eftermiddag togs fotografien, och följande morgon redresserades armen och gipsades.

Under vårens lopp har jag äfven tagit en del andra Röntgenfotografier, hvilka dock erbjuda mindre intresse.

En gång gjorde jag på patientens uttryckliga begäran äfven försök att fotografera en höftled, men strålarna kunde ej genomtränga ett så tjockt parti.

Emellertid kommo i alt säkrare form underrättelser, att man utomlands, och särskildt i Berlin, skulle lyckats genomtränga hela bålen och sålunda göra metoden användbar icke blott i kirurgiens utan äfven i den interna medicinens tjänst.

Genom regeringens välvilja förunnades det mig att på ort och ställe få taga kännedom om, huru långt man i denna väg hunnit.

Vid besök på de olika ställen, där man enligt uppgift skulle hafva kommit längst, visade det sig, att man i själfva verket kunde framställa x-strålar af tillräcklig styrka att genomtränga äfven bålen af en fullväxt person. Då x-stråle-källan sattes framför kroppen, kunde man på en fluorescerande skärm, som hölls bakom, se en ganska tydlig bild af ryggraden och refbenen, äfven den öfre gränsen af lefvern och diafragma samt dettas andningsrörelser kunde man se — ehuru med någon svårighet.

Hjärtats rörelser kunde man bäst se, då ljuskällan placerades bakom kroppen och skärmen hölls framför bröstet, och det var ej utan, att ens eget hjärta klappade fortare, då man första gången såg hjärtskuggan vidga och sammandraga sig, under det man med fingret på pulsen öfvertygade sig om dess synkronism.

Äfven hufvudet har man genomstrålat, och EULENBURG redogör i Deutsche med. Wochenschr. den $^{13}/_{8}$ 96 för tvänne fall af revolverkulor i hjärnan, hvilka påvisades af BUKA i Charlottenburg. Hos den senare hade jag tillfälle se fotografierna i original.

Däremot gåfvo bukorganen komplicerade bilder, af hvilka man svårligen kunde draga några slutsatser.

Härvidlag kan man dock stundom hjälpa sig. Så t. ex. får man lätt en brukbar bild af ventrikeln genom att fylla den antingen med gas, då den framstår som ett ljusare parti, eller med vatten innehållande något oskadligt kalksalt, då man i dess projektion får en mörk skugga.

Vid diskussionen i förrgår om perkussionsmetoden klagades öfver, att man ej kunde få en tillräckligt noggrann projektion af hjärtat. I Röntgenstrålarna ega vi dock en god, om ock ej än för hvar och en användbar metod. Härvid får man dock ihågkomma, att det icke är en parallelprojektion, man ser, utan en centralprojektion med sitt centrum i röret.

Ju tjockare partiet är, desto svårare är det att på skärmen eller plåten få fram den differens, som betingas af en kropps större eller mindre förmåga att genomsläppa x-strålarna, och detta icke blott på grund af den mindre kvantiteten, utan äfven på grund af det ökade motståndet, så att om jag ock finge skärmen att vid x-strålarnas gång genom ett tjockt parti lysa i genomsnitt lika mycket som en annan gång med svagare ljuskälla genom ett tunnt parti, det likväl skulle i förra fallet vara svårare att upptäcka den differens, kroppen i fråga framkallar.

I öfrigt voro anordningarna alldeles lika de hemmavarande, så att den hufvudsakliga skilnaden låg i bättre induktionsrullar och bättre rör och fluorescensskärmar.

Hos Allgemeine Elektricitäts-Gesellschaft visades fenomenen praktfullast, men det var också ett ovanligt godt rör och en utmärkt skärm.

Det föreföll mig mycket sannolikt, att resp. firmor icke lemnade ut till försäljning sina alra bästa rör, utan behöllo dem till uppvisning. Också tog jag på ett ställe just det uppvisade röret med mig, trots egarens alla protester och invändningar, att det redan var begagnadt, att det fans en fläck här eller där, som först skulle tagas bort, o. s. v. Det var ett tämligen godt rör, som nätt och jämt lyste genom thorax å lungpartierna. I hvarje fall var det det bästa, jag fick i Berlin, och helt säkert bättre än det nya, finputsade, oanvända rör, fabrikanten eljes gifvit mig.

Angående Röntgenstrålarnas invärkan på lefvande organismer föreligga ännu ej synnerligen omfattande undersökningar.

Angående invärkan på bakterier har MINCK undersökt tyfusbaciller utan att, mot sin förväntan, få resultat.

BERTON utsatte buljongkulturer af difteribaciller under 16, 32 och 64 timmar för x-strålar, utan att få någon invärkan.

I Stockholm å Karolinska institutet gjorde jag undersökningar öfver kolera-, mjältbrand- och difteri-baciller, utan att något deletärt inflytande kunde förmärkas.

Om Röntgenstrålarnas invärkan på människor föreligga ock några uppgifter.

Doktor DESPEIGNE meddelar ett fall, i hvilket x-strålarna skola ha haft en mycket god värkan.

Patienten, som led af magkräfta, befann sig redan i ett svårt kakektiskt stadium. Två gånger hvarje dag utsattes svulsten för Röntgenstrålar under en half timmes tid. Efter 8 dagar kunde man konstatera en betydlig förbättring: smärtan minskades, afmagringen upphörde, hyn förlorade sin gulbleka färg, och — mirabile dietu — tumörens storlek var tydligen förminskad.

Fallet synes mig dock ej vara fullkomligt rent, enär patienten under tiden äfven erhöll kondurangoextrakt (Sem. med. $^{29}/_{7}$ 96), och minskningen af skuggan af svulsten kan bero af tumörens varierande läge.

FEILCHENFELD har påvisat förändringen i huden hos ett barn, som 1½ timme utsattes för Röntgenljus. På ryggen framför röret uppstod ett »exantem», som mycket liknade erythema solare.

Äfven detta fall är dock ej fullkomligt bevisande, ty det framgår ej, huru vida den gröngula fluoreskensen, som utsänder strålar af ultraviolett natur, var utesluten. Som bekant har WIDMARK visat, att ultraviolett ljus framkallar erytem.

Vi kunna sålunda, på grund af det material, som föreligger, redan nu något så när öfverskåda den nytta, Röntgenstrålarna kunna göra i medicinens tjänst.

De äro ett säkert medel att uppsöka främmande kroppar i extremiteter och hufvud. De äro till stor hjälp att påvisa frakturer och luxationer och att orientera oss angående dessas detaljer.

För diagnosen af nybildningar, tuberkulösa och andra förändringar särskildt i extremiteterna äro de ett godt medel.

För bestämmande af inre organs läge, storlek, täthet, såsom vid plevritiska, perikarditiska och peritonitiska exsudat, förtätningar i lungorna, njurstenar o. dyl., kan man hoppas, att de snart skola komma till större användning.

Deras bakteriedödande och direkta terapevtiska verkan är ännu obestämd.

Med ett ord: vi hafva i Röntgenstrålarna en god, om ock ännu något oskolad och otymplig tjänare, på hvilken man kan blifva missnöjd, endast om man af honom begär — orimligheter.

(Originalreferat.)

Overläge J. MYGGE (Köbenhavn) foreviste, i Tilslutning til Dr. STENBECKs Foredrag og Demonstration, en Räkke ved Hjälp af Röntgens Stråler tagne Billeder af Händer og Knä. Forsögene vare udförte på Kommunehospitalets 3:dje Afdeling under Medvirkning af Professor i Fysik ved den Kongl. Veterinär- og Landbohöjskole ELLINGER, der havde stillet de nödvendige Apparater til Disposition og ofret megen Tid og meget personligt Arbejde på Forsögene, hvorfor Meddeleren bragte ham sin bedste Tak. Hovedhensigten med Forsögene, der for största Delen måtte udföres med mindre gode Rör, var at undersöge, om patologisk forandrede Blöddele i Extremiteterne kunde skelnes fra de normale, og gennem forskellige Billeder af Händer og Knä hos to Patienter med rheumatismus nodosus påviste Meddeleren, at dette var muligt. De senest

tagne Billeder, hvorved anvendtes såkaldte Jacksons Focusrör fra Allgemeine Elektricitäts Gesellschaft i Berlin, lode med Hensyn til Skarphed intet tilbage at önske, og Expositionstiden kunde ved disse Forsög sättes ned til 10 à 15 Minutter. Enkelte Forsög, ved hvilke den fotografiske Plade anbragtes umiddelbart over en Bariumplatincyanurskärm, syntes at godtgöre, at yderligere Formindskelse af Expositionstiden var mulig. Forsög med Gennemlysning af Extremiteter og direkte Observation af Billederne på en fosforescerende Skärm vare foretagne med ret godt Resultat, hvorimod Gennemlysning af truncus endnu ikke var forsögt. (*Originalreferat.*)

D:r STORM BULL (Kristiania): **Det Littenske Diafragmafänomen.**

For 4 År siden beskrev prof. LITTEN det såkaldte »Zwerchfellphänomen», som vistnok tidligere havde väret iagttaget under visse patologiske Tilstande, men som LITTEN nu betegner som et fysiologisk hos alle normale Individer forekommende Fänomen af stort diagnostisk Värd. Han definerer det, som »det synlige Udtryk for den fremadskridende Aflösning af Diafragma fra Brystväggen under dets Nedstigen under Inspirationen, ligesom dets successive Anläggen mod Brystväggen under Expirationen. Det gir sig tilkende ved en ned- og opstigende Skygge- eller Bölgelinje, som begynder på begge Sider i Höide med 6te Intercostalrum i Mamillarlinjen. Skyggen beväger sig under Inspirationen 2—3 Intercostalrum nedover, undertiden helt til Costalbuen». LITTEN ser som sagt Fänomenet hos normale Individer, dog mangler det af og til hos Kvinder, Börn og meget korpulente. I Almindelighed vil Skyggen väre tydeligst på höire Side; men hyppig er også det modsatte Tilfäldet. For at få det til at träde tydeligt frem anbefaler LITTEN at lägge Individet på Ryggen med Födderne mod Lyset, selv stille sig så, at man ser på Brystkassen under 45° Vinkel og lade vedkommende respirere dybt. Under disse Betingelser og ved godt Lys må enhver, siger LITTEN, som vil, kunne se det. »Hurtigere og bedre end ved Mål af Brystkassen og Lungekapacitet lader den respiratoriske Evne sig bedömme på denne Måde, hvorved Metoden sparer megen Tid for den Läge, som i kort Tid skal undersöge mange.»

Under visse patologiske Tilstande sker der nu Afändringer i det normale Forhold. Således mangler det ved Infiltration af nedre Lungelap, ved Pneumotorax, ved Phrenicuslammelse, ved höjgradig Ascites, ved diffus Peritonit samt ved Ileus med höjgradig Tympanit. Ved Pleuraexudat sees det, om end svagt og med lidet Udslag. Ved Emfysem findes Skyggen lavere end normalt. I et specielt Tilfälde tillägger LITTEN det en vigtig differentialdiagnostisk Betydning, nemlig hvor der er Spörgsmål om sub- eller suprafreniske Exsudater. Findes nemlig Fänomenet abnormt höit på den ene Side og med Dämpning nedenfor, kan man väre sikker på, at Ansamlingen er subfrenisk; findes det noget for lavt med Dämpning ovenfor, har man Exsudatet ovenfor Diafragma. Väsentlig Betydning har Fänomenet ved Bedömmelsen af Lungevirksomheden efter pleuritiske Exsudater og Läsioner og er således af Vigtighed for Militärläger og Läger ved Ulykkesforsikringsselskaber. Betydning

kan det også få for Bedömmelsen af Behandlingens Resultat ved forskellige Tilstande i Lungen, således emfysem, pleurit og atelektase efter pleurit. Her vil man let ved at afmärke Gränserne med lapis kunne overbevise sig om Fremgangen fra Tid til anden.

Såvidt LITTEN, der gentagne Gange har skrevet og talt sin Opdagelses Sag. Foruden af ham selv er såvidt mig bekjendt Bidrag kun leveret af BECKER og MARTIUS, som begge udtaler sig i Overensstemmelse med LITTEN. BECKER går endog videre, i det han finder Fänomenet uden Undtagelse hos alle normale. BECKER fremholder den vistnok rigtige Forklaring. Under Inspirationen löser nemlig Diafragma sig, i det den stiger ned, lidt efter lidt fra Brystväggen, og samtidig löftes Ribbenene udad. I det Brystkassens Volum herved foröges, opstår der et negativt Tryk i Lungen, i det Fyldningen af Lungen ikke ganske holder Skridt med Brysthulens Udvidning. Lungen vil derfor udöve en Sugning i modsat Retning af Brystväggen og Diafragma. Dette vil vise sig ved en Inddragning af Brystväggens eftergivelige Dele, altså af Intercostalrummene. Stärkest vil denne Virkning väre langs nederste Lungerand, dels fordi denne som fjärnest fra de store Bronchier fyldes senest, dels fordi Lungen när den nederste Rand har sin störste Tvärdiameter, så at Summen af de enkelte Alveolers Sugning her blir störst. På denne Måde opstår der en horisontal Inddragning, som vil kunne kaste en smal Skygge. Dette forklarer meget smukt Fänomenets Opståen under Inspirationen. Under Expirationen blir imidlertid Forholdet lidt anderledes, i det det her må antages, at det er Lungens större Elasticitet, som danner den aktive Faktor. I Overensstemmelse med denne Forklaring er det, at Skyggen opstår et kort Tidsmoment efter Inspirationens Begyndelse og forsvinder under Pausen efter Expirationen. Ofte vil man også se, at den forsvinder et Öieblik mellem In- og Expirationen. Så lovende, som det hele efter LITTENs Fremstilling tar sig ud, og så stor Betydning, som han tillägger sin Opdagelse, så kan man nästen ikke vente andet end at lide Skuffelser, når man gir sig i Kast med Sagen, og det tror jeg da også vil times de fleste.

Jeg skal nu i Korthed omtale de Erfaringer, som jeg har gjort under normale og patologiske Tilstande. Mit Materiale udgöres af henved 300 Tilfälde, samlede af prof. LAACHE, og som velvillig er mig overladt til Benyttelse, samt af henved 1,000 Iagttagelser, som jeg selv har gjort väsentlig på den medicinske Poliklinik og på med. Afd. B. Jeg skal tilföie, at såvidt jeg kan se af Optegnelserne, er der i alt väsentligt Overensstemmelse mellem prof. LAACHEs og mine egne Erfaringer.

For det förste må jeg da bekjende, at jeg ikke altid har fundet det så let at se Fänomenet. Tvertom har jeg ret ofte, trods de gunstigste Observationsbetingelser, ikke väret istand til at finde Spor af den vandrende Skygge. Dette er hyppigst Tilfäldet hos Kvinder og fede Personer, men er ingenlunde sjeldent hos Mänd, hvor Betingelserne måtte forudsättes at väre gunstige for Skyggens Tilsynekomst. På den anden Side finder jeg i Modsätning til LITTEN, at det som Regel er meget smukt udtalt hos Börn, selv hos temmelig små. Jeg har således seet det tydeligt hos en $2^1/_2$ år gammel Gut. Stor Indflydelse har det, at Belysningen er skarp og korrekt. Det er således påtagelig vanske-

ligere at se Fänomenet i overskyet Veir end på en solklar Dag, vanskeligere ved Juletider end ved St. Hans. På den anden Side kan det også ofte lykkes at få det tydeligt frem selv ved nokså tarveligt Lampelys. Det er også nödvendigt, for at man skal kunne bedömme begge Siders indbyrdes Forhold, at Lyset falder nöiagtig i Legemets Längdeaxe. Skyggens Intensitet er höist forskellig. I de mest udtalte Tilfälde sees den som et indtil mer end 1/2 cm. bredt Bånd, som undertiden kan sträkke sig fra Parasternallinjen til henimod columna, i det den også sees på Ryggen. Mellem denne Udbredning og det rent negative findes alle Mellemstadier. Oftest ser man Skyggen mellem Mamillar- og mellemste Axillarlinje. I särdeles gunstige Tilfälde lader den sig også se i siddende eller stående Stilling. Skyggen er gerne tydeligst hos Folk med lange Brystkasser og brede Intercostalrum. Det forekommer mig også, at Arbeide, som i det hele udvikler Overkroppen, begunstiger Tilsynekomsten af Fänomenet. Det har således väret mig påfaldende, hvor särdeles smukt det i Regelen har väret at se hos Smede og Sjöfolk. Skyggens Bevägelse er altid störst henimod Brystkassens Sidepartier, det ser ud, som den dreiede sig om et Hängsel i Midtlinjen. Dette stemmer også godt med de fysiologiske Forhold, i det centrum tendineum så godt som ikke beväges under Respirationen. Bevägelsen sträkker sig i Almindelighed over 2—3 Intercostalrum, hvilket vil sige hos Mänd c:a 6 cm., hos Kvinder 5 cm.; man ser dog ofte langt större Udslag, indtil 10 cm. Når LITTEN anser et Udslag på mindre end 6—7 cm. for patologisk, kan jeg ikke väre enig heri. Jeg har ofte, isär hos Kvinder og under absolut normale Forhold, seet Udslag på indtil 2—4 cm. Dette forekommer ved costal Respiration, da Skyggen i det hele både er utydeligere og gör mindre Udslag end ved abdominel eller costo-abdominel Respiration. En anden Sag er det, hvis den foruden at give lidet Udslag tillige ligger abnormt höit eller lavt. Det sidste er navnlig Tilfäldet ved emfysem, hvor Skyggen kan ligge 2—3 Intercostalrum lavere end normalt og som oftest er svag eller endog mangler fuldständig. Ved betydeligere Leversvulst ligger den for höit på höire Side. Ved pneumotorax mangler den på den syge Side, ved betydelig ascites eller Meteorisme vil man i Regelen savne den på begge Sider. Ved Infiltration af nedre Lungelap mangler den; er kun bagerste Parti fortättet, vil man imidlertid ofte kunne se en svag Skygge med lidet Udslag fortil. Hos Pneumonikere gör dog oftest den overfladiske Respiration enhver Observation umulig. Ved betydelig Dilatation eller Hypertrofi af Hjärtet, navnlig hvor der er stärk og udbredt Pulsation, har jeg ikke kunnet se den på venstre Side, heller ikke ved et större pericarditisk Exsudat. Hvad nu pleuraexudaterne angår, så vil man vistnok i de fleste Tilfälde savne Fänomenet på den syge Side. Kun et par Gange har det her lykkedes mig at se en svag Skygge og da noget lavere end på den sunde Side.

Endelig kommer da det Tilfälde, hvor Fänomenet efter LITTEN skal yde den störste Hjälp, nemlig ved Differentialdiagnosen mellem sub- eller suprafrenisk Ansamling. Her har jeg ingen personlig Erfaring; men jeg tvivler ikke om, at det vil kunne väre afgörende for Diagnosen, hvis man först er så heldig at få se det. Rigtignok tror jeg, efter de Er-

faringer jeg har fra pleuriter og emfysemer, at man oftest ingen Skygge vil få se.

Störst Betydning forekommer det mig, at Fänomenet vil have ved Bedömmelsen af Fölgetilstande efter pleuritiske Exsudater, samt ved emfysem, hvor det meget smukt og tydeligere end Perkusion og Auskultation kan illustrere den successive Tilbagevenden af en mere eller mindre normal Lungekapacitet. Men også her slår Metoden ikke så sjelden klik. Kommer der nemlig efter en pleurit Adherrencer i det Parti, hvor ellers Fänomenet pleier at vise sig, vil der ingen bevägelig Skygge kunne opstå; men man kan ikke heraf slutte, at Lungen eller ialfald dens nederste Parti er aldeles insufficient. Brystkassen udvider sig ligegodt og Diafragmas Kontraktion virker dog på de dybere liggende Partier af Lungen om ikke i samme Udsträkning, som hvor Lungen er frit bevägelig. Observationen gir os vistnok et Fingerpek om, at en vis Insufficiens er tilstede; men for at bedömme dennes Grad må der andre Undersögelser til. Altså gir Metoden også her ufuldständige og tildels misvisende Oplysninger. Og enda må en yderligere Indskränkning for dens Pålidelighed i dette Tilfälde tilföies. Det händer nemlig, at man finder smuk Skygge på en Side og ingen på den anden, uden at derfor nogen Abnormitet lader sig påvise. Jeg mindes navnlig to Individer, hvor dette Forhold var meget skarpt udtalt, og hvor jeg trods den omhyggeligste Undersögelse ikke kunde finde noget patologisk men tvärtimod perkutorisk kunde påvise Lungerandens normale Bevägelse under Respirationen på den ene såvelsom på den anden Side.

Endelig kan jeg ikke tilbageholde den Bemärkning, at Metoden alene på Grund af visse Fordringer, som må stilles til de lokale Forholde, ikke egner sig til at få nogen udstrakt Anvendelse for den almindelige Praktikus. Skarpt og distinkt Lys — et Värelse med to Vinduer duer ikke, da man her får for diffust Lys — samt korrekt Lys er Fordringer, som det ikke altid er så let at tilfredsstille i et Privatsygevärelse.

Som det af det foregående vil sees, falder de Erfaringer, jeg har gjort, i mangt og meget sammen med LITTENs; men der er også Afvigelser på ganske vigtige Punkter. Når jeg ikke destomindre har troet at burde fremkomme med denne Meddelelse, så er det, fordi Metoden dog i mange Tilfälde vil kunne yde god Tjeneste som diagnostisk Hjälpemiddel og ved yderligere Iagttagelser og ved nöiere Präcision af dens Begränsning mulig vil kunne erhvärve sig en fast Plads blandt de fysikalske Undersögelsers Metoder. *(Originalreferat.)*

(Undersögelserne fremlagdes for Kongressen af LAACHE, da Foredragsholderen var forhindret fra at väre tilstede.)

Litteratur.

LITTEN: Deutsche med. Wochenschr. 1892, N:r 13.
Deutsche Aerztezeitung 1895, N:r 1.
Demonstration i Berlin. Med. Gesellsch. 23/1 95.
Verhandlungen des Congresses f. innere Med. 1895.

BECKER: Deutsche med. Wochenschr. 1893.

MARTIUS: Wiener med. Wochenschr. 1895, N:r 10 (ref. i Centralbl. f. innere Med. 1895, N:r 41).

Prof. EDGREN. (Stockholm): Jag har några gånger för mina lärjungar på Serafimerlasarettet demonstrerat det LITTENska diafragmafenomenet. Om patienten placeras på lämpligt sätt, ser man med lätthet den karakteristiska skuggan röra sig upp och ned på bröstkorgen synkroniskt med respirationsrörelserna. Exkursionerna äro ganska betydliga, flere centimeter. och hela fenomenet i ögonen fallande. Det iakttages nog på bröstkorgens båda sidor, men i mina fall har det tyckts vara tydligast på vänstra sidan.» (*Originalreferat*).

Dr STENBECK. (Stockholm): Hos professor LITTEN har jag under de senaste veckorna nästan hvarje dag sett detta fenomen demonstreras för personer, som fjärran från ditkommo för att studera det. För min del har jag funnit det synnerligen lätt att iakttaga såväl å högra som vänstra sidan, och då det ej behöfves några som hälst attiraljer för att demonstera detsamma, torde det ligga nära till hands för en hvar praktiker att begagna sig af detta lika snabba som säkra hjälpmedel att bestämma lungornas nedre rand och dess förskjutning under andningen.

Endast skulle jag vilja framhålla ett par praktiska detaljer, som möjligen kunna vara af värde för den, som ej besitter en desto större vana att iakttaga fenomenet:

Ljuset bör falla tangentialt mot kroppen. Det bästa läget torde vara, då pat:s fötter äro vända mot ljuskällan.

Som sådan är ett högt smalt fönster det bästa; detta insläpper mycket ljus, utan att det därför blir alt för diffust. Prof. LITTEN omnämnde själf, att en af de obehagligaste stunder i hans lif var den, då han i Genua skulle demonstrera fenomenet i en stor sal inför en mängd kolleger; ljuset föll in från 3 à 4 par stora breda fönster, och knappast någon af de närvarande var i stånd att uppfatta fenomenet. — Några minuter efteråt syntes det för en trängre krets alldeles utmärkt, ehuru samma objekt användes. Man hade då gått in i ett mindre rum, som hade endast ett enda, högt, smalt fönster.

Något särdeles starkt ljus behöfves ej, och i nödfall kan man hjälpa sig med konstgjord belysning, t. ex. en lampa eller t. o. m. ett stearinljus.

Iakttagaren bör placera sig på ett par fots afstånd från pat., med ryggen vänd mot ljuskällan och något på sidan om den samma.

Slutligen måste man låta pat. göra *maximala* inspirationer.

Med dessa små försiktighetsmått skall man i de allra flesta fall kunna se fenomenet hos de personer, hos hvilka man kan vänta finna det. (*Originalreferat*).

F. d. öfverläkare V. SYDOW (Göteborg): **Variolæ eller varicellæ? Dessa sjukdomars differentiela diagnos.**

Den, som vill tala om förhållandet mellan variolæ och varicellæ, kan icke underlåta nämna några ord om frågan, huruvida dessa sjukdomar äro att anse såsom afarter af en och samma grundsjukdom eller såsom tvänne själfständiga sjukdomar. Man kan nog anse denna fråga

såsom afgjord. ty nutida medicinska läroböcker bekänna allmänt den dualistiska läran och anledningar saknas till tron, att någon inom denna kamratkrets skulle vilja gå till strids för identitetsläran. Man får dock ännu alt emellanåt läsa uppsatser uti den periodiska medicinska pressen, som försvara identiteten. Så uppträder österrikaren HOCHSINGER såsom identist uti »Centralblatt für klin. Medicin» år 1890, n:r 3; så äfven fransmannen TALAMON uti »La Médécine moderne år 1894 af den 26 januari.

Orsaken till detta envist återkommande försvar för en helt visst förlorad sak torde ligga till en del uti den historiska utvecklingen af vårt vetande härutinnan, men hufvudsakligen uti dessa båda sjukdomars många likheter uti symptomatiskt hänseende.

Den första användbara beskrifningen öfver variolæ anses vara författad af araben RHAZES, som afled år 932. Hans uppsats återgafs i latinska öfversättningar, ibland hvilka den med titeln: »De variolis et morbillis» mest citeras. Uti denna uppsats finnas sannolikt alla de akut exantematiska febrarna sammanblandade med hvarandra, och det fordrades århundraden för att skilja dem åt. Författare, som arbetade på skilsmessa dem emellan, uppfattade dem ofta detta oaktadt såsom blott olika grader af en och samma grundsjukdom. *Skarlakansfebern* bekrefs först år 1556 såsom särskild sjukdom af neapolitanaren INGRASSIAS under benämningen rossania; den berömde SYDENHAM gaf sjukdomen senare namnet *scarlatina*. *Mässlingen*, med sitt namn *morbilli*, anses icke hafva blifvit ådagalagd vara en egen sjukdom förr än på 1760-talet, och förtjänsten häraf tillskrifves samme SYDENHAM. *Vattenkopporna* utskiftades till egen sjukdom först år 1767 af engelsmannen HEBERDEN, och professor VOGEL i Göttingen gaf dem, några år senare, namnet *varicellæ*. Vid utskiftningen anses HEBERDEN hafva begått felet att inräkna åtskilliga lindriga variola-former ibland varicellæ. Detta fel lärer först blifvit rättadt på 1820-talet af engelsmannen J. THOMSON, som visserligen skarpt åtskilde varioloides ifrån varicellæ, men som i öfrigt gick till strids för uppfattningen, att variolæ, varioloides och varicellæ voro tre olika sjukdomsformer af ett och samma »contagium». Vacklandet i fråga om smittkoppornas och vattenkoppornas identitet eller dualitet har, trots de afgjordt tyngre etiologiska skälen för dualiteten, underhållits af HEBRAS högt värderade dermatologiska skola i Wien, som försvarat och ännu ej tyckes hafva afsvurit identitetsläran.

Benämningen *varioloides*, som THOMSON införde såsom omfattande ett särskildt species af variolæ, torde böra läggas bort såsom vållande missförstånd. Lindriga fall af smittkoppor hafva förekommit i alla tider; låt också vara att de uppträdt mera allmänna efter vakcinationens införande. Sedan erfarenheten vunnits, att smittkoppor, som modifierats genom föregående vakcination, icke kunna skiljas till sina egenskaper ifrån smittkoppor, som blifvit beskedliga på grund af andra orsaker, bör namnet bortfalla. Benämningen varioloides blir numer helt och hållet synonymt med *lindriga* smittkoppor.

Uti ett muntligt referat eller ett autoreferat sådant som detta kan det icke vara meningen att taga de symptomer, som särskilja variolæ och

varicellæ uti detaljeradt skärskådande. Nämnas må dock, att intet enda af dessa symptom visar sig så konstant, att det kan anses såsom exklusift karakteristiskt för den ena sjukdomen gent emot den andra. Har man icke själf haft tillfälle att skaffa sig denna erfarenhet, framgår detta otvifvelaktigt utur författarnes beskrifningar, hvilka mycket ofta finnas innehålla mot hvarandra stridande uppgifter rörande samma symptomer. I allmänhet taget kan man dock komma till rätta med särskiljandet af varicellæ från variolæ genom fasthållandet: att de förras utslag sitter ytligare i huden; att det icke vållar hårdnader i denna; att sjukdomen, således äfven utslaget, genomgår alla sina stadier relatift hastigare, samt att varicellæ mera allmänt äro en beskedlig sjukdom. Kommer så härtill att varicellutslaget ofta slår ut icke blott sukcessift utan stötvis, så att man kan på den sjuke samtidigt påträffa utslaget i alla dess utveckliugsgrader, så är det för det vida öfvervägande flertalet fall icke förenadt med större svårigheter att särskilja de båda sjukdomarna. Att skilja de *lindriga* variolæformerna från varicellæ bör då knappast erbjuda någon svårighet.

En allvarsam anledning till missförstånd finnes uti förhållandet, att ett flertal författare mer eller mindre bestämdt framhålla varicellæ såsom en *uteslutande* barnsjukdom. Man kan få läsa påståendet, att knappast andra än identister påträffa varicellæ hos fullvuxna. Min erfarenhet går i annan riktning, och såsom stöd för den samma må framhållas en uppsats: »Varicellen bei Erwachsenen» af JOHANNES SEITZ uti »Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte» af 1888. Genom sjukdomshistorier såväl som citater häfdar SEITZ den åsikten, att varicellæ förekomma hos *fullvuxna* uti en »i praktiskt hänseende betydelsefull grad». Något skäl i öfrigt, hvarför varicellæ skulle vara en mera exklusiv barnsjukdom än som varit förhållandet med variolæ före vakcinationen, än som ännu i dag är förhållandet med morbilli lika väl som med scarlatina, kan väl ej häller framletas.

För den differentiela diagnosen betyder det således icke mycket, om den sjuke är yngre eller äldre. Man får ej häller hänga sig fast vid tanken, att varicellæ alltid skola vara lindriga. Att varicellæ uppträda med både häftig och långvarig initialfeber, med naflade vesikler, och att vesikelinnehållet hos dem blir utprägladt purulent, är ingenting ovanligt. Detta oaktadt hafva våra läroböcker i detta hänseende ända till senaste tider knappast uttalat någon annan åsikt än beskedlighetens. För dem voro och tyckas varicellæ ännu i dag vara en sjukdom utan några komplikationer, utan någon fara. Under de senaste 12 åren hafva emellertid medicinska tidskrifter emellanåt innehållit uppsatser, som bevisa, att denna sjukdomens lindrighet ej sällan sviker. Tysken HENOCH och dansken RASCH hafva år 1884 påvisat, att det finnes en *albuminuria varicellosa*, hvilken likaväl som albuminuria scarlatinosa kan utbildas till en dödande nephritis. Åtskilliga författare, hufvudsakligen engelska, hafva meddelat varicellæ-fall, komplicerade med ulcerationer, med hudgangren, som utgått ifrån vesiklerna. Vanligt är ju ock, att, sedan uppmärksamheten blifvit tillräckligt fästad vid liknande undantagsförhållanden, undantagen visa sig förekomma oftare än man anat!? Fransmannen GUINON, som bearbetat hit hörande ämnen

uti CHARCOT-BOUCHARD-BRISSAUDs beaktade arbete »Traité de médecine», har slutligen år 1892 upptagit en särskild rubrik »varicelles graves» och har till och med under denna omtalat en hemorragisk form af varicellæ.

Vi se således, att varicellæ både kunna framkalla komplikationer och vålla döden, och härigenom blifva analogierna emellan vattenkoppor och smittkoppor så stora, att svåra former af de förra kunna på goda skäl misskännas för att vara smittkoppor. För att under sådana förhållanden uppgöra en differentiel diagnos återstår att vädja till det etiologiska momentet. Beklagligen hafva vi här ingen hjälp af mikroskop eller odlingsförsök, ty den mikrob, som antages framkalla variolæ, är lika litet känd som någon varicellæ-mikrob. Vi måste här nöja oss med att leta efter den smittande mänskliga individen, att följa sjukdomen ifrån fall till fall. På denna undersökningsväg hafva vi också en säker ledning för diagnosen i förhållandet, att genomgångna smittkoppor, lika litet som en lyckad vakcination, framkalla någon sorts skydd emot varicellæ, likasom genomgångna varicellæ ej häller gifva skydd hvarken emot smittkoppor eller vakcinationskoppor. Vakcinationsförsök kunna således i vissa fall hjälpa till att afgöra diagnosen.

Närmaste anledning, hvarför ofvan stående data och reflexioner här blifvit framstälda, är ett sjukdomsfall, om hvilket man skulle kunna vara tveksam, huru vida man bör nedskrifva diagnosen variolæ eller varicellæ. Detta sjukdomsfall erbjuder följande förhållanden:

På Sahlgrenska sjukhusets invärtes afdelning inkom den 8 januari 1891 en 45-årig glasmästeriarbetare för »nephritis». Ur hans antecedentia må meddelas, att han åtskilliga år sedan hostat blod; att han under maj och juni år 1890 behandlats här för akut plevritiskt exsudat, bland annat medelst tappning; att han altsedan varit tungbröstad och hostat slem; samt att han under de senaste månaderna missbrukat spirituosa. Vid inkomsten stäldes diagnosen utan svårighet på tuberculosis pulmonum med indurationer i båda lungspetsarna och rassel, på alcoholismus acutus med tremor och sömnlöshet, hvarförutan fans riklig albuminuri.

Under den 8:de och 9:de var han feberfri, men på f. m. den 10:de hade temperaturen stigit till 40 grader, och febern höll sedan i sig till och med den 14:de eller omkring 5 dygn, dock oregelbunden och med de högsta temperaturerna mest om morgnarna. Febern var natten mellan den 10:de och 11:te förenad med yrsel, så häftig, att den sjuke måste fasthållas vid sin säng. Det antogs, att tuberkulosen jämte alkoholismen förorsakade dessa symptomer.

Den 15:de, då morgon- såväl som kvällstemperaturer höllo sig under 37 grader, uppträdde spridda, röda, föga upphöjda, små fläckar i ansiktet. Den 16:de, 17:de och 18:de instälde sig å nyo ett feberskede, med högsta temperaturen på morgonen den 17:de och med invers typ som förut. Under detta visade sig på de röda fläckarna i ansiktet ett varicellöst vesikelutslag, som hastigt utvecklade sig till föga konfluerande och delvis naflade punkter, mest omkring näsa och mun.

Samtidigt, ehuru senare, visade sig också vesikelutslag på hals och händer, och på handryggarna utvecklades dessa till diskreta, stora och naflade vesikler, hvilka på f. m. den 17:de befunnos exkvisit hemorragiska.

Sjukdomsbilden var nu utprägladt karakteristisk för variolæ veræ malignæ, och en liflig förebråelse kändes därför, att den sjuke, som dittils fått kvarligga på en allmän sjuksal, icke förr blifvit isolerad.

Efter den 18:de uppträdde mera adynamiska symptom med oredighet. Temperaturen föll på kvällen den 19:de under 37, steg å nyo ända till 39 kort före döden. Härunder blef utslaget i ansiktet framstående purulent, ögonlocken svullnade igen, och ansiktet stod svullet till oigenkännlighet. Utslaget på händerna ändrades föga, men eckymoser började visa sig i de sangvinolenta vesiklernas omedelbara närhet. Pat. afled i komatöst tillstånd på kvällen den 20:de, 12 dagar efter inkomsten på sjukhuset, 10 dagar efter det första feberanfallet och 6 dagar efter de första tecknen till exantem. — Den sjuke behandlades med bromkalium, sömngifvande medel, först kloral, antifebrin, kinasulfat, kamfert och vin.

Obduktionen visade huden blek och nedfallen. Vesiklarna kvarstodo purulenta i ansiktet, hemorragiska på handryggarna, mera sparsamt men mindre utvecklade på hals och underarmar, särdeles på de sist nämnda. Uppgifter om vakcination saknas, men ett blekt och glatt hudställe på högra öfverarmen skulle kunna tydas som vakcinationsärr. Induration konstaterades i båda lungspetsarna jämte kruda och ostartade tuberklar samt små kaverner, och anmärktes liknande förhållande mera sparsamt uti öfriga lungdelar. Den vänstra lungan var allmänt adherent, men några tuberkler påträffades ej i plerura. Ett par ytliga sårnader funnos i cekalslemhinnan. Någon fettlefve fans. Njurarna voro stora och grumliga.

Så snart som i fråga varande sjukdomsfall den 17:de erbjöd den ovedersägliga sjukdomsbilden af variolæ veræ, blef Göteborgs förste stadsläkare, nuvarande professorn i hygien, ERNST ALMQUIST underrättad om sjukdomsförhållandet såväl som om den sjukes namn och bostad, och han ombads utforska, huruvida ringaste anledning fans till antagandet, att den sjuke haft beröring med koppsmittad ort, koppsmittad person eller koppsmittadt föremål, kläder, lump eller dylikt. I allo nekande svar ingingo. Man kan vara förvissad om, att denna undersökning blifvit verkstäld med all möjlig omsorg och noggrannhet.

Å andra sidan erbjuder min mångåriga erfarenhet äfven såsom läkare vid smittkoppssjukhus en garanti för observationens pålitlighet i öfrigt. Jag har också förut visat mitt intresse för hit hörande frågor igenom offentliggörandet af en uppsats: »Om smittkoppsympning och kokoppsympning» uti Upsala läkareförenings förhandlingar af åren 1892—93. Härtill kommer, att intet enda fall af smittkoppor hade blifvit anmäldt eller veterligen förekommit uti Göteborg under hela året 1890, samt att intet enda sådant häller där visade sig under hela året 1891. Ingen enda af dem, som lågo i samma sjukrum — sjukrummet hade 10 sjuksängar —, ingen af dem, som vårdade den sjuke, ingen af den talrika skara, som har för sed att dagligen besöka våra

sjukrum, fick således smittkoppor ifrån detta, som det vill synas, otvifvelaktiga smittkoppsfall. Hvad åter angår vattenkoppor hafva sådana blifvit anmälda af stadens 9 distriktsläkare under 1890-årets alla månader, likasom under året 1891, detta senare dock med undantag af maj och juni månader. Dessa varicellæ hade dock, att döma af rapportsiffrorna, icke förekommit i större antal.

Skulle man nu vara berättigad att förneka, det i fråga varande sjukdomsfallets variolösa natur på de negativa grunderna, att man *icke* lyckats utleta någon smittokälla för den sjuke, samt att den sjuke själf *icke* blifvit någon smittokälla? Det vore minst sagdt oklokt att besvara denna fråga med ett obetingadt ja. Svårigheterna att följa ett smittämnes irrfärder med lefvande varelser eller döda föremål, att spåra upp alla dess mellanstationer, äro ej sällan oöfvervinnerliga. Att förklara, hvarför en sjukdom den ena gången smittar, den andra gången icke, går också ofta öfver vår förmåga. Det faktum, att ett sjukdomsfall med alla symptom af smittkoppor här uppträdt alldeles enstaka så, att man icke lyckats utleta dess ursprung, och så, att det icke meddelat någon smitta, detta trots omsorgsfull undersökning och trots ovanligt rikliga tillfällen till smittans spridande, står dock obegripligt och kräfver förklaring. Ifrån de gifna fakta: att varicellæ hemsöka äfven äldre personer; att varicellblåsorna kunna blifva purulenta såväl som hemorragiska; att de kunna vålla ulcerationer och hudgangren, och att varicellæ kunna föranleda allvarsamma nefriter, tyckes dock steget icke vara alt för långt uttaget, om man supponerar, att i fråga varande sjuke lidit af och aflidit uti *varicellæ* hæmorrhagicæ. I så fall skulle detta varicella-fall hafva anlagt en fullständig variola-förklädnad. Att två olika sjukdomsorsaker framkalla alldeles liknande sjukdomssymptom är dock ingenting nytt på andra sjukdomsområden. Hos denne sjuke hade ju också så allvarsamma sjukdomar som tuberkulos, alkoholism och nefrit stämt möte och undergräft organismen.

Frågan, huruvida i fråga varande sjukdomsfall varit variolæ eller varicellæ, lemnas således öppen. Syftet med detta föredrag har varit att fästa uppmärksamheten vid svårigheterna att i vissa fall skilja variolæ och varicellæ från hvarandra och särskildt vid detta sjukdomsfall. Detta senare innebär i alla händelser en maning att taga vara på liknande sjukdomsföreteelser och offentliggöra deras historia, hälst med så många detaljer som möjiigt. Sannolikt skola vi därigenom lyckas skaffa någon mera belysande dager för i fråga varande sjukdomsfall.

Då jag här ofvan talat om egen erfarenhet i ämnet, må slutligen lemnas några meddelanden ur anteckningar, nedskrifna under en 25-årig (åren 1856—81) läkareverksamhet i Gefle synnerligen inom fattiga och kroppsarbetande klasser. Anteckningarna, hvilka omfatta endast sådana sjuka, som jag besökt uti deras hem, visa, att af inalles vårdade 23,723 sjuka blott 198 hade varicellæ men 350 variolæ, hvilket vill säga, att då ett fall af varicellæ förekom på 140 sjuka, förekom ett af variolæ på 79. Scarlatina och morbilli förekommo respektift med 1 på 55 och 1 på 36. Af de varicellæ-sjuka afled ingen, af de variola-sjuke däremot 33. Af de 198 varicellapatienterna voro 7 öfver

15 år gamla, och af dessa 7 voro åter 3 öfver 20 år; den äldste var 45 år gammal. (*Originalreferat.*)

Prof. TRIER (Köbenhavn): var enig med Dr. SYDOW i, at der gives Tilfälde af Kopper så lette, at de ikke kunne skelnes fra Variceller. — Omvendt kunne Variceller opträde i meget ondartet Form, således som i sin Tid observeret af ham (offentliggjort i Nord. med. Arkiv af WICHMANN). Han advarer mod altid at betragte Variceller som en let Sygdom og gör opmärksom på, at alvorlig Nefrit jo nu er iagttaget af forskellige Forfattere som Fölge af Variceller. (*Originalreferat.*)

Distriktsläge A. BACKER (Skien) vilde for at styrke Antagelsen af, at variolæ og varicellæ ere forskiellige Sygdomme og ikke skylder samme Infektionsstof deres Oprindelse, anföre Fölgende: Medens han som medicinsk Studerende gjorde Tjäneste ved Rigshospitalet i Kristiania og i en Tid, da både varicellä og variolæ forekom som Epidemie i Staden, blev han angreben af en exantematisk Sygdom, der vistnok lignede mest Variceller, men var forbunden med stärk Feber, Dedolationer og Rygsmerte. På Grund heraf blev han indlagt i Koppelazaret, og i Naboværelset, hvortil Dören stod åben, henlå en Patient med heftige variolæ. Doctor BACKERs Sygdom gik nogenlunde hurtigt over, Diagnosen variolæ erkendtes at väre fejlagtig istedetfor varicellæ, og han udskreves efter kort Tids Forlöb fra Lazarettet. Efter noget over en Uges Forlöb fik han imidlertid virkelige variolæ, som han da havde pådraget sig ved Smitte i Koppelazarettet. Hvis nu varicellæ skulde forårsages ved samme Infektionsstof som variolæ, syntes det ham höjst urimeligt at antage, at denne Sygdom, der jo särdeles själden angriber samme Person 2:de Gange, atter skulde opträde hos Taleren med et Mellemrum af kun den almindelige Inkubationstid. (*Originalreferat*).

IV. Demonstrationer.

Dr. J. C. HOLM (Kristiania), fremviste et naturligt alkalinsk Svovlvand, der både i geologisk og medicinsk Henseende turde väre det märkeligste Mineralvand, der hidtil er beskrevet i Norden. Mineralvandet skriver sig fra Egnen omkring Vestfossen, beliggende mellem Drammen og Kongsberg, og findes allerede omtalt i en Beskrivelse af denne i geologisk Henseende märkelige Egn fra 1784.

Vestfossens naturlige Svovlvand skiller sig fra de fleste europeiske Svovlvand, der som Regel udspringer fra Gibslejer og af den Grund indeholder minimale Mängder tungt oplöslige Kalksalt, ved sin relativ betydelig Gehalt af Klornatrium og dobbelt kulsurt Natron; det står herved ligesom Aachen på Overgangen til de alkalisk-muriatiske Mineralvande. Vestfossens Svovlvand er ikke alene rigere på dobbelt kulsurt Natron, men kan fremvise en Rigdom på Svovlnatrium, der er mange Gange så stor som Aachens.

Vandet er krystalklart, indeholder ikke engang Spor af organiske Stoffe og udmärker sig ved en for Svovlvand *enestående Holdbarhed.* Analysen er foretaget af Stadskemiker SCHMELCK og viser fölgende Resultat:[1] 1 Liter Indholder:

Chlornatr.	grm.	2,093
Surt kulsurt Natron	»	1,065
Svovlsur Magnesie	»	0,117
Chlormagnesium	»	0,118
Natrium-sulfhydrat	»	0,060

desuden svovlsur Kalk, Chlorkalium o. s. v.; tilsammen pr Liter gram 3,579 faste Stoffe.

Vestfossens Svovlvand forhandles ved Mineralvandfabrikken »Union», Kristiania. *(Originalreferat).*

Sanatorieläge ANDVORD (Gausdal) demonstrerede en ny af ham inventeret og i de senere År med Fordel anvendt Metode at benytte DUEDGEONs Sphygmograf på.

Isteden for som almindelig har väret Tilfäldet at fäste Apparatet ved det elastiske Bånd omkring Håndleddet, placeredes af ham Underarmen og Hånden i en frit hängende dertil indrettet Skinne, og Sphygmografen selv fixeredes ved Hjälp af Vägte (efter Behovet vexlende fra 2—500 gram), der på hver Side af Håndleddet hang ned fra Apparatet og således angav, med hvilket Tryk dette hvilede over Arterien.

Taleren mente sig herved på en letvindt Måde at väre sat istand til ikke alene til enhver Tid at kunne tage en Pulskurve under så ensartede Tryk og Situationsforholde som muligt, men også ved Bedömmelsen af Pulskurvens Höide og Form under snart större snart mindre Tryk af Apparatet — vexlende efter Tyngden af de påhängte Vägte — direkte at kunne skaffe sig et praktisk brugeligt Udtryk for Arteriens Spändnings Grad. *(Originalreferat).*

Dr N. I. STRANDGAARD (Köbenhavn) förevisade en af Dr RIIS konstruerad Handcentrifuge, som rekommenderedes som praktisk og billig.

Dr STENBECK (Stockholm): Naturligtvis måste hvarje ny apparat, som åsyftar att bringa denna metod ut i vidare kretsar, vara för mig af synnerligen stort intresse.

Den fara, som är förknippad med användningen af de af föredraganden kritiserade apparaterna, på grund därutaf att de kringsvängande delarna besitta en viss hastighet och måste, om de lösslitas, slungas ut med denna hastighet i tangentens riktning, måste nödvändigtvis vidlåda hvarje apparat, som vill vara i motsvarande grad effektiv. Man kan i nödfall skydda sig mot denna fara medelst en skärm.

Hvad den i fråga varande apparaten beträffar, minskas ju faran därigenom, att mindre ädla delar kunna i ty fall träffas; dock skulle

[1] Vandet reagerer alkalisk og indeholder 24,2 Kubikcentimeter Svovlvandstof pr Liter.

jag för min del, för att vara fullkomligt säker, hälst — draga upp benen! (*Originalreferat*).

Prof. HENSCHEN (Upsala) framhöll, att den vid klinikerna i Sverige begagnade vattencentrifugen, som applicerades på ett vattenledningsrör och drefs af vattentrycket, arbetade både jämnt och tyst. Den vore att rekommendera öfveralt, där vattenledning finnes.

(*Originalreferat*).

Dr STENBECK (Stockholm): Äfven jag är af den åsikten att på de ställen, där man har tillgång till en vattenledning, torde en sådan anordning vara den bästa. Man har i dylikt fall endast att »vrida på sin kran». (*Originalreferat*).

INNEHÅLLSFÖRTECKNING.





